

入院診療計画書（前日入院・椎間板内酵素注入療法を受けられる方へ）入院期間3日間

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____

入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ ⑨ 担当医: _____

担当看護師: _____ 主治医以外の担当者 薬剤師 _____ 管理栄養士 _____

| 月日 | 入院 (/ /) | 手術当日 (/ /) | | 退院 (/ /) | (/ /) |
|-------|--------------------------------------|-------------------|---|--|---|
| 経過 | 入院 | 投与前 | 投与後 | 投与後1日目 | 投与後4週間まで |
| 目標 | ○手術・治療について説明を受け、安心して手術準備ができる | | ○痛みを訴えることができる ○ベッド上安静が守られる ○アナフラキシーショックを起こさない | ○アレルギー反応の出現がなく退院出来る | |
| 治療・処置 | | ○手術着に着替え、点滴を開始します | ○医師から指示された時間（2～3時間）床上安静となります ○点滴(補液・抗生剤)は終了次第、針を抜きます | ○創部（針を刺した場所）の確認 | |
| 検査 | | ○必要な検査があれば行います |  | | |
| 内服 | ○普段飲んでいる薬は飲んでください(薬によって中止する場合があります) | ○指示された薬を飲んでください | | ○普段飲んでいる薬は飲んで下さい ○全身状態に応じてお薬が処方されることがあります | |
| 食事 | | ○飲んだり食べたりできません | ○医師から指示された時間（2～3時間）が過ぎれば、全身状態を確認して水分、食事をとることができます | | |
| 看護 | ○体温・脈拍・血圧を測定します ○入院の説明を行います | ○体温・脈拍・血圧を測定します | ○体温・脈拍・血圧を測定します ○疼痛コントロールを行います ○アレルギー反応の観察を行います | ○体温・脈拍・血圧を測定します ○創部（針を刺した場所）の状態を観察します |  |
| リハビリ | ○必要時は医師の指示により、リハビリ担当者と協力して行います | | | | |
| 説明 | ○医師から手術の説明があります (外来で説明が行われていない場合) | | ○担当医からご家族の方へ手術後に説明があります ※ご家族の方は手術中、病棟で待機して下さい | ○患者カードを退院時にお渡しします | ○術後4週間まで腰に負担がかかる動作は避けて下さい (走る・スポーツ・重たい物を持ち上げるなど) |

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。

| | | |
|----------|--|--|
| 総合的な機能評価 | 基本的生活動作 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 気分・心理状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> | 要精査または要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 <input type="checkbox"/> |
|----------|--|--|

年 月 日
 説明者: _____
 説明を受けた人: _____ 続柄 _____
 (代表者) ()

注1 入院期間については現時点で予想されるものです。
 注2 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。