@PATIENTID

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

入　院　診　療　計　画　書

様式10の2

@PATIENTNAME　**様**　　**病名 [** @DISEASE **]**

症状 [@DISEASE **]**

経　　過	**1日目** **術前**	**術後**	**2日目**
日　時 **（手術日）**	@SYSDATE		全身状態・創部に異常がなければ退院です。
治　療 **薬　剤** **（点滴・内服等）**		点滴をしています。必要に応じて痛み止めを処方します。	
処　置・検　査		必要な処置を行います。	朝　担当医の診察と包交があります。
安静度・リハビリ **（訓練・指導を含む）**	午後の手術時間までは病棟内でお過ごし下さい。	特に安静の指示がなければ病棟内自由です。	制限はありません。 本人の痛みにあわせて活動をひろげて下さい。
食　事 **（栄養士による指導も含む）**	禁食です。 最終水分摂取の指示以降は飲水も禁止となります。	覚醒していれば、帰室1時間後から飲水ができます。 夕食から食事がでます。	ご自宅では普通の食事が可能です。
清　潔		清拭が可能です。	入浴可能です。
排　泄	普段通りです。	特に安静の指示がなければ普段通りです。	
看護計画	安心して手術に臨めるよう介入させていただきます。	全身状態の観察を行います。	退院の説明を行います。
特別な栄養管理の必要性	○ 有		◉ 無
患者さま及びご家族への説明指導事項	入院・手術オリエンテーションを行います。 病室を離れる際には看護師に声をおかけ下さい。	手術中は病室内または家族待合にてお待ち下さい。	退院後は日常生活に制限はなく、入浴は可能です。次回外来までに創部・全身状態に異常がある場合にはご連絡下さい。 次回外来　　月　　日

注１　病名等は、現時点で考えられるものであり、後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注２　入院期間については、現時点で予想されるものです。

注３　当院は救急病院のため、急性期を過ぎた場合に転院をお願いすることがあります。

本人(家族)署名欄：

主　治　医： @USERNAME

担当看護師：