@PATIENTID

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

入　院　診　療　計　画　書

様式10の2

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

症状 [**]**

経　　過	**１日目 （入院日）**					**（退院）**
日　時 （手術日）	@SYSDATE	11:00	12:00	13:00	覚醒後	
治　療 薬　剤 （点滴・内服等）			トリクロリールを 服用します			
処　置	点滴をします					
検　査				DMSA検査 入眠後に地下1階の検査室に行きます		
安静度・リハビリ （訓練・指導を含む）	制限はありません					
食　事 （栄養士による指導も含む）			鎮静のため 禁飲食です			
排　泄	制限はありません					
特別な栄養管理の必要性	◉ 有			○ 無		
その他 （看護・リハビリテーション等の計画）	鎮静薬の副作用の観察をさせていただきます				指定のオムツ棄てBOXにいれてください	
患者さま及びご家族への説明指導事項	点滴が抜けないように注意してください		トリクロリールは眠る薬です．ふらつく可能性がありますので、気をつけてください	眠りましたら、看護師に声をかけてください		眠るお薬が残りふらふらすることがあります．転ばないよう注意してください．

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：