@PATIENTID

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

入　院　診　療　計　画　書

様式10の2

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

症状 [腎機能障害 **]**

経　　過	１日目 （入院日）	２日目 （退院予定日）	日　目
日　時 （手術日）	@SYSDATE		
治　療 薬　剤 （点滴・内服等）		検査薬(イヌリード)を投与します	
処　置		点滴をします	
検　査		時間を決めて　血液検査(3回)，尿検査(3回)　を行います.	
安静度・リハビリ （訓練・指導を含む）	制限はありません	制限はありません	
食　事 （栄養士による指導も含む）	制限はありません	朝食は8時までに食べてください 検査終了まで昼食は延食です	
清　潔	制限はありません	制限はありません	
排　泄	制限はありません	制限はありません	
看護計画	日常生活の支援をさせていただきます	副作用の観察をさせていただきます	
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	主治医が検査についての説明を行います	検査結果説明の次回外来日をお伝えします	

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：