@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<br>（入院日）** | **２日目** | **３日目** | **４日目** | **5日目** | **6日目<br>（退院予定日）** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **日　時<br>（手術日）** | @SYSDATE | | | | | |
| **治　療<br>薬　剤<br>（点滴・内服等）** | 外来内服薬を継続します | ステロイドパルスを連日行います<br>ネオーラル以外の内服薬を継続します | | | 外来内服薬を継続します | |
| **処　置** | 点滴を確保します | | | | 点滴を抜去します | |
| **検　査** | 採血，レントゲン，心電図 | | 採血，検尿 | | | |
| **安静度・リハビリ<br>（訓練・指導を含む）** | | | | | | |
| **食　事<br>（栄養士による指導も含む）** | 通常通りです | 通常通りです | 通常通りです | 通常通りです | 通常通りです | 通常通りです |
| **清　潔** | 入浴可 | 点滴中なので基本は清拭です<br>希望があれば点滴を保護して入浴も可能です | | | 入浴可 | |
| **排　泄** | 制限ありません | | | | | |
| **看護計画** | 日常生活支援・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** | 主治医が病状・治療内容の説明を行います. | | | | | 9時に病棟にいらしてください. |

**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：