@PATIENTID

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

入　院　診　療　計　画　書

様式10の2

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

症状［ 出血傾向、貧血など **］**

経　　過	**１日目 （入院日）**
日　時 （手術日）	@SYSDATE
治　療 薬　剤 （点滴・内服等）	輸血前に抗アレルギー剤を投与します。
処　置	必要時は入院後、末梢輸液ルートをとり、輸血を行います。
検　査	必要時は入院後、輸血を開始する前に採血を行います。
安静度・リハビリ （訓練・指導を含む）	入院後は病棟内でお過ごしください。
食　事 （栄養士による指導も含む）	必要時はお食事が出ます。
清　潔	前日・当時にご自宅でお済ませください。
排　泄	特に制限はありません。
看護計画	問題なく輸血が終了できるよう努めさせていただきます。副作用出現時は早期発見と対応に努め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	輸血実施中に発疹やそう痒感などがでた場合は、看護師にお知らせ下さい。

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：