

@PATIENTID  
@PATIENTNAME  
@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

## 入院診療計画書

様式10の2

\_\_\_\_\_  
@PATIENTNAME 様 病名 [ @DISEASE ]  
症状 [ 特になし ]

経過	1日目 (入院日)	
日時 (手術日)	@SYSDATE	
治療・薬剤 (点滴・内服等)	医師の指示に従い、点滴の確保を行います。	検査終了後、抜針します。
処置	医師の指示に従い、鎮静剤の内服や点滴による薬剤の投与を行います。	特にありません。
検査	MRI検査を行います。	
安静度・リハビリ (訓練・指導を含む)	入院後は病棟内で過ごしていただきます。	鎮静剤を使用した場合、覚醒するまではベッド上で過ごしていただきます。
食事 (栄養士による指導も含む)	経口摂取については、事前にお渡ししている別紙に沿って、指示通り行って下さい。	鎮静剤を使用した場合、検査後覚醒状況を確認し、問題がなければ、水分摂取から開始します。 水分摂取が問題なければ、食事摂取も可能となります。
清潔	前日・当時にご自宅でお済ませください。	
排泄	検査へ行く前に、トイレを済ませてから、検査へ向かいます。	鎮静剤を使用した場合、はっきりと覚醒するまではベッド上でトイレを行います。
看護計画	検査が安全に行えるよう看護を提供します。また、薬剤投与による副作用の出現に注意し観察を行います。	
特別な栄養管理の必要性	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
患者さま及びご家族への説明指導事項	医師の指示を守って下さい。 入院後は病棟内で過ごして下さい。もしも、病棟から離れる場合は、看護師に声をかけて下さい。	退院後は日常生活における制限はありません。 医師より、指示が出ている場合は、医師の指示通りとなります。

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： \_\_\_\_\_