@PATIENTID

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

入　院　診　療　計　画　書

様式10の2

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

経　　過	**１日目 （入院日）**	**2日目 （退院予定日）**
日　時 （手術日）	@SYSDATE	
治　療 薬　剤 （点滴・内服等）	アレディア投与	アレディア投与
処　置	点滴処置	
検　査	血液検査、尿検査	
安静度 リハビリ （訓練・指導を含む）	ベッド上安静	
食　事 （栄養士による指導も含む）	制限なし	
清　潔		
排　泄		
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	検査が安全・安楽に終えられるよう、援助させていただきます。	

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：