

入院診療計画書




急性虫垂炎保存治療を受けられる方へ

様へ

(ID: _____)

病棟(病室) _____ 担当医 _____ 印 _____ 外科 担当看護師 _____

病名 **虫垂炎の疑い** 主治医以外の医療従事者 _____ 記載年月日 _____
(診断群分類病名)

月日経過	入院日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目退院
目標	・痛みのコントロールができる	・痛みのコントロールができる	・痛みのコントロールができる	・痛みのコントロールができる	・痛みなく過ごすことができる	・痛みなく過ごすことができる	・痛みなく過ごすことができる	・重篤な合併症がなく経過する ・生活注意事項を理解できる	
治療・処置	・本人確認のためネームバンドを着用します	・採血があります		・採血があります				・採血があります	・退院時ネームバンドをはずします
内服	・現在使用している薬がある場合はお申し出下さい 入院～内服すべて中止	・医師に確認後、内服再開します							
注射	・点滴をします								
生活・行動	・喫煙している方は禁煙をお願いします(敷地内全面禁煙です) ・院内歩行可 								
食事	・入院より絶飲食です	・回診後より医師から許可があれば水・お茶のみ可となります		・医師から許可があれば昼から三分粥で食事が始まります ・1日ずつ食上げていきます	・昼から五分粥に変更になります	・昼から七分粥に変更になります	・昼から全粥に変更になります	・昼から常食に変更になります	
清潔			・入浴できます 37.5度以上の熱があれば全身清拭をします			・入浴できます 37.5度以上の熱があれば全身清拭をします		・入浴できます 37.5度以上の熱があれば全身清拭をします	
排泄									
説明・指導	・痛みの強い時や気分不快等ありましたら、我慢せずにナースコールを押して看護師をお呼び下さい  ※ 特別な栄養管理の必要 有 無								
特記事項	【注意】 ・病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくに従って変わることがあります ・入院期間については、現時点で予測されるものです ・病状・症状などにより、病棟や部屋の移動をお願いすることがありますのでご了承ください ・不明な点は遠慮なくご質問ください ・緊急連絡先(025)274-5331					私は、上記の説明を受け、内容を理解しました 年 月 日 氏名 _____			