

入院診療計画書

入院日 _____

年 月 日

I D - N O _____

患者氏名 _____

様

手術日 _____

病 棟 _____

病 名 _____

説明医師名 _____

担当看護師 _____

経過時 日 時	1日目 / / 入院	2日目 / /	3日目 / /	4日目 / /	5日目 / /	6日目 / /	7日目 / /
治療剤 (点滴・内服)	経口血糖降下剤を中止してインスリン注射に変更します。						
手術処置	毎朝朝食後に体重を	測定してください。					
検査	血糖自己測定						
安静度 リハビリ	制限無し						
食事	入院中に栄養指導を	受けていただきます。					
清潔	月水金の入浴時間に	入浴可能です。	運動療法開始になると	、毎日夜に入浴可能に	なります。		
排泄	検査のため、蓄尿して	ください。					
備考	ビデオ学習していただき ます。 インスリン注射、血糖	測定の方法を習得して	いただきます。				
特別な栄養管理 の必要性	有						
総合的な機能評価	糖尿病についての正しい知識の習得をお手伝いします。						

以上のように医師から説明を受け、治療や検査に同意します。

20 年 月 日 患者氏名 _____ 親族又は代理人 (_____) 氏名 _____

注1. 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

西神戸医療センター

入院診療計画書

ID-NO _____ 患者氏名 _____ 様 入院日 _____ 年 月 日
 手術日 _____ 病棟 _____
 病名 _____ 説明医師名 _____ 担当看護師 _____

経過日時	8日目 / /	9日目 / /	10日目 / /	11日目 / /	12日目 / /	13日目 / /	14日目 / / 退院
治療剤 (点滴・内服)							
手術処置							
検査							
安静度 リハビリ							
食事							
清潔							
排泄							
備考							
特別な栄養管理 の必要性							
総合的な機能評価	糖尿病についての正しい知識の習得をお手伝いします。						

以上のように医師から説明を受け、治療や検査に同意します。

20 年 月 日 患者氏名 _____ 親族又は代理人 (_____) 氏名 _____

注1. 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

西神戸医療センター