

## 入院診療計画書（例）

|                     |   |  |   |   |  |                                 |                              |
|---------------------|---|--|---|---|--|---------------------------------|------------------------------|
| 入院日                 | 平成 年 月 日  | 指示日  | 平成 年 月 日                                    |   |  |                                 |                              |
| ID 番号               |   | 男・女  | 病室名   |   |  |                                 |                              |
| 患者氏名                | 様   |  | 看護担当者                                       |   |  |                                 |                              |
| 生年月日                | M / T / S / H   | 年 月 日生   | 看護部長  | 主任  |  |                                 |                              |
| 病名※1<br>(他に考えられる病名) |   |  | 入院目的  | <input type="checkbox"/> 手術                               | <input type="checkbox"/> 病状観察          | <input type="checkbox"/> 緊急対応   |                              |
| 病状                  |   |  |   | <input type="checkbox"/> 検査入院                             | <input type="checkbox"/> リハビリテーション     |                                 |                              |
| 治療計画                | <input type="checkbox"/> 投薬、天敵等の治療                                  |  | <input type="checkbox"/> 食事療法               |   | <input type="checkbox"/> リハビリテーション     |                                 |                              |
|                     | <input type="checkbox"/> 手術(手術名)                                    |  | 手術日(予定) 月 日)                                |   |  |                                 |                              |
|                     | <input type="checkbox"/> リハビリテーション(個別、集団)                           |  |   | <input type="checkbox"/> その他( )                           |  |                                 |                              |
| 検査内容                | CT/MRI  | 部位   | <input type="checkbox"/> 頭部                 | <input type="checkbox"/> 全身                               | <input type="checkbox"/> その他( ) 月 日 予定 |                                 |                              |
|                     | 画像診断  | 部位   | <input type="checkbox"/> 胸部                 | <input type="checkbox"/> 手足                               | <input type="checkbox"/> その他( ) 月 日 予定 |                                 |                              |
|                     | 内視鏡検査   | 部位   | <input type="checkbox"/> 胃                  | <input type="checkbox"/> 大腸                               | <input type="checkbox"/> その他( ) 月 日 予定 |                                 |                              |
|                     | 入院時検査   | 内容   | <input type="checkbox"/> 肝機能                |   | <input type="checkbox"/> 腎機能           | <input type="checkbox"/> 貧血     | <input type="checkbox"/> 心電図 |
|                     | 月 日 実施  |  | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン            |   | <input type="checkbox"/> その他( )        |                                 |                              |
| 経過観察検査内容            | 内容  | 月 日 予定   |   |   |  |                                 |                              |
| 推定入院期間※2            | <input type="checkbox"/> 約 日間                                       |  | <input type="checkbox"/> 約 週間               |   | <input type="checkbox"/> 約 月間          |                                 |                              |
| 生活自由度               | <input type="checkbox"/> 絶対安静                                       | <input type="checkbox"/> 床上安静                    | <input type="checkbox"/> 室内安静               | <input type="checkbox"/> 病棟内安静                            | <input type="checkbox"/> その他           |                                 |                              |
| 食事内容                | <input type="checkbox"/> 普通食  | <input type="checkbox"/> 特別食(潰瘍食・肝臓食・糖尿食・その他( )) |   |   | <input type="checkbox"/> その他(指導、高血圧)   |                                 |                              |
| 看護必要度               | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 見守り                     | <input type="checkbox"/> 介護(食事、排尿、起居、入浴、歩行) |   |  | <input type="checkbox"/> その他( ) |                              |
| 各種指導の必要性            | <input type="checkbox"/> 栄養指導<br>(個別、集団、退院用)                        |  |   | <input type="checkbox"/> 薬剤指導<br>(投薬、注射、退院時処方、入院時持込薬、その他) |  |                                 |                              |
| その他                 | <input type="checkbox"/> 看護計画、リハビリテーション計画については、必要に応じて別途交付させていただきます。 |  |   |   |  |                                 |                              |
| 在宅復帰支援担当者名及び計画※3    |   |  |   |   |  |                                 |                              |
| 病院使用欄               | <input type="checkbox"/> 患者、カルテの配布 医事課⇒薬局(未、済) 栄養科(未、済)             |  |   |   |  |                                 |                              |
| 医療法人〇〇会〇〇病院         |   |  |   |   |  |                                 |                              |
| 主治医署名               |   |  |   |   |  |                                 |                              |

※ 1=病院等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めることにより変わることがあります。

※ 2=入院期間については、現時点で予想されるものです。変更等があればその都度お知らせいたします。

※ 3=亜急性期入院管理料を算定する患者さまには別途お知らせいたします。