

# 入院診療計画書

ID

患者氏名  様

病名 (他に考え得る病名)

治療内容 教育目的

検査内容及び日程 クレアチニンクリアランス検査 (  月  日 )

症状

入院日  
 説明日  年  月  日  
 推定される入院期間 7日間  
 病棟 (病室)   
 診療科名 腎臓内科

| 治療計画                       | 1日目<br>水曜日   | 2日目<br>木曜日  | 3日目<br>金曜日   | 4日目<br>土曜日                    | 5日目<br>日曜日  | 6日目<br>月曜日  | 7日目<br>火曜日          |
|----------------------------|--|---|--|-------------------------------|---|---|---------------------|
| 達成目標                       | 腎臓の働きと腎臓病の症状がわかる<br>血圧測定・体重測定・内服薬の必要性がわかる<br>食事療法がわかる  |   |  | 試験外泊ができる                      |   | 外泊の振り返りができる   | 退院後の生活がわかる          |
| 食事                         | 栄養指導をします        |   | 治療食です。決められた食事内容・分量を守り<br>間食はとらないようにしましょう   |                               |   | 栄養指導をします   |                     |
| 薬・注射                       | 薬剤師が説明します       |   |  |                               |   | 薬剤師が説明します  |                     |
| 処置<br>検査                   | おしっこ検査後から<br>24時間おしっこをためます   |   | 採血をします          |                               |   | 検尿をします     |                     |
|                            | おしっこの量をはかります   |   | 毎日7時に体重をはかります  |                               |   | おしっこの量をはかります  |                     |
| 清潔<br>活動                   | シャワーをお使いください  |   |  |                               |   |   |                     |
|                            | 院内でお過ごしください  |   |  | 外泊の予定です                       | 院内でお過ごしください   |   |                     |
| 説明                         |                 | DVDを見ます<br>「守りたいあなたらしさ」                           | DVDを見ます<br>「自宅でできる腹膜透析」  |                               |   | DVDを見ます<br>「腎不全治療選択と実際」   |                     |
|                            | 病棟看護師がパンフレットで説明をします  |   |  | 入院中、ご心配やご不安がありましたら遠慮なくご相談ください |   |   |                     |
|                            |  |   | 外泊であることを<br>看護師と相談します  |                               |   | 看護師と一緒に<br>外泊を振り返ります  | 退院後の生活に<br>ついて説明します |
|                            | 血液浄化室看護師が説明をします (2回の予定です)  |   |  |                               |   |   |                     |
|                            |  |   | 医療制度について説明をします (1回の予定です)   |                               |   |   |                     |
| 特別な栄養管理の必要性                |  | あり  |  | 在宅復帰支援担当者名                    |   | <input type="text"/>  |                     |
| その他<br>・看護計画・リハビリテーション等の計画 |  | ・病気・治療の正しい認識への支援を行います<br>・自己管理にむけての教育および生活指導を行います |  | 在宅復帰支援計画                      |   | <input type="text"/>  |                     |
|                            |  |   |  | 総合的な機能評価                      |   | なし  |                     |

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。

主治医氏名  印

主治医以外の担当者名

本人・家族署名