
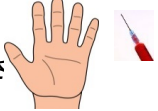

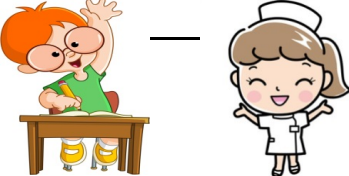


糖尿病教育入院予定表(14日間)・入院治療計画書

ID: _____ 患者氏名: _____ 生年月日: _____ 病名: _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 _____ 管理栄養士 _____

月日	月 日 入院日	月 日 2日目	月 日 3日目	月 日 4日目	月 日 5日目	月 日 6日目	月 日 7日目	月 日 8日目	月 日 9日目	月 日 10日目	月 日 11日目	月 日 12日目	月 日 13日目	月 日 退院日	
達成目標	糖尿病であることの自覚をもつ														
	今までの食生活の問題点が言える			食事・運動・薬物療法の必要性がわかる 「糖尿病」について理解し 「合併症」が言える						退院パンフレットを使用して 退院後の自己管理方法がわか る					
検査	毎朝朝食前に体重測定を行ってください														
			頸動脈エコー()血管年齢検査()採血採尿() 腹部エコー()心電図()必要時便潜血()				8時・10時採血(インスリン分泌評価)								
薬剤	持参薬は一度お預かり して薬剤師が確認します		必要時自己注射が始まります										退院後のお薬の説明があります インスリン単位を一緒に確認し ます		
血糖値	血糖測定(7:30 11:30 17:30 21:00) 血糖手帳をお渡しますので、記入をしてくださ  必要時自己血糖測定が始まります 血糖測定の頻度をお伝えします														
運動	自宅での運動習慣についてお聞きします 医師の指示でリハビリが開始されます()														
食事	自宅での食生活についてお聞きしま す 入院中のお食事は、医師からの指示で、 エネルギー制限食 をお出します。 病院食以外の、間食は禁止です。飲み物は、水・お茶のみにして下さい。										退院後、初回受診日は栄養指 導 があります				
受診	足の観察をさせていただきます		眼科	必要時皮膚科()必要時歯科()										次回受診日について説明します	
教育説明			毎週火・木曜日(13:30~14:10)糖尿病教室があります。毎回参加してください。 パンフレットを使用して看護師より保健指導を行っていきます。 栄養士から食事についてお話があります()()()										不明点や不安なことがないか 確認します		

特別な栄養指導の必要性 有 無

高齢者総合評価の実施 有 無
総合的な機能評価

- | | | |
|---------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 基本的生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 日常生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 認知機能 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 気分・心理状態 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。
年 月 日

説明者: _____
説明を受けた人: _____ 続柄 _____
(代表者)

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
パス承認番号(No.75)承認年月日(2016年7月14日)
<管理No.70>

注1 病名などは現時点で考えられるものであり今後
検査などをすす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測されるものです。
2016年5月6日作成