

# 入院診療計画書（蜂窩織炎(下肢以外)の治療を受けられる患者さまへ）

ID番号                      @PATIENTID                      ' @PATIENTNAME                      @PATIENTWARD 病棟                      @PATIENTROOM 号室

病名（他に考える病名）

症状

担当医師

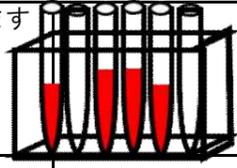
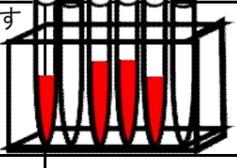
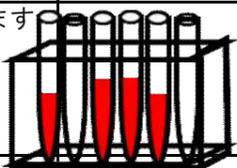
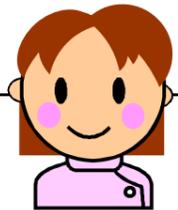
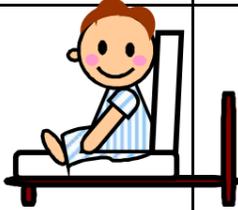
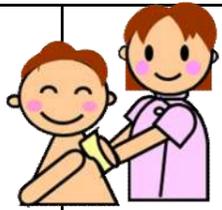
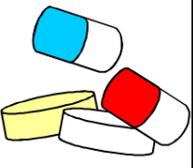
@USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

| 月日 | /                                                             | /                                                                                   | /                                                                                    | /                  | /                                                                                     | /                                                                                                   | /                                                                                                | /                                                                                     | /                                                                                     | /                                                                                    |    |
|----|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 目標 | 入院の必要性が理解できる患部の安静について理解できる                                    | 患部の安静が守れる                                                                           |                                                                                      | 発熱がない              | —————→                                                                                |                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                       | 日常生活の注意点について理解できる。緊急時の対処方法が理解できる                                                     | 退院 |
| 検査 |                                                               | 採血があります                                                                             |   | 採血があります            |    | 採血があります                                                                                             |               |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |    |
| 観察 | 1日の尿量を測定します<br>体温・血圧・脈拍を1日3回測定します<br>毎日患部の観察・処置を行います          |                                                                                     |                                                                                      | 体温・血圧・脈拍を1日2回測定します |                                                                                       | 体温、血圧、脈拍を1日1回測定します                                                                                  |                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |    |
| 注射 | 持続の点滴があります。抗生剤の点滴があります                                        |                                                                                     | 持続の点滴は終了です<br>抗生剤の点滴は継続します                                                           |                    |                                                                                       |                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |    |
| 内服 | 持続している薬があれば医師の指示で内服継続になります<br>症状に応じて解熱・鎮痛剤の内服をします             |  |                                                                                      |                    |  |                |                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                       |  |    |
| 食事 | 特に制限はありません<br>必要に応じて食事の介助をいたします                               |                                                                                     |                                                                                      |                    |                                                                                       |                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |    |
| 行動 | 患部の安静が必要です<br>トイレや洗面の際には歩行で移動することができます<br>お風呂には入れませんので体を拭きます。 |  |  |                    |                                                                                       | シャワー浴ができます<br> | 入浴ができます<br> |  |                                                                                       |                                                                                      |    |
| 説明 | 看護師から入院の説明があります<br>内服している薬があれば薬剤師が確認に伺います                     |  |                                                                                      |                    |                                                                                       |                                                                                                     |                                                                                                  | 看護師から日常生活の注意点について説明があります                                                              |  | お大事に！                                                                                |    |

注1) 病名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。

島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.309-1) 承認月日 (令和2年 7月 29日)

|             |
|-------------|
| 特別な栄養管理の必要性 |
| 有      無    |

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名:

続柄:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|