

入院診療計画書（原発性アルドステロン症検査入院）

ID番号	@PATIENTID	氏名	@PATIENTNAME	様		@PATIENT	病棟	INROOM	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		その他担当者名			
						作成日		@SYSDATE	

月日	入院日 (/)	検査1日目 (/)	検査2日目 (/)	退院日 (/)
経過	入院	検査	検査	退院
目標	入院、手術に対する疑問点を相談できる	安全に検査を受けることができる		
検査		・安静採血 ・立位負荷試験 ・冷蔵蓄尿検査1日目開始	・カプトリル負荷試験 ・冷蔵蓄尿検査1日目終了、2日目開始 ・24時間血圧測定開始 ・動脈硬化スクリーニング	・冷蔵蓄尿検査2日目終了 ・24時間血圧測定終了
観察	・身長、体重、腹囲を測定します。 ・検温を行います。	・月曜と木曜の朝食前に体重を測定します。 ・毎日6時頃と14時頃に検温を行います。		
内服	・常用している薬を確認します。持ってきた薬、お薬手帳を提出してください。	・通常通り内服してください。		
食事	・病院食以外の食事、間食は一切禁止です。飲物は水かお茶のみです。			
行動	・検査時以外制限はありません。 ・長時間部屋を離れる際は必ず看護師に声をかけてください。			
説明	・病棟案内のDVDをご覧ください。 ・病棟看護師が入院説明や書類の確認をします。 ・薬剤師が持参薬についてお話を伺います。	・各検査の詳細については別途説明を行います。 ・日程や検査内容は変更になることがあります。		・退院後の生活の注意点、内服薬については、退院時に別紙にて説明を行います。

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。
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.270) 承認月日 (2017年11月1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、同意しました。

署名： _____ 続柄： _____