

入院診療計画書（蜂窩織炎(下肢)の治療を受けられる患者さまへ）

I D 番号 @PATIENTID @PATIENTNAME 様 @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	その他担当者名	@SYSDATE
月日	/	/	/	/	/	/
目標	入院の必要性を理解できる 患部の安静について理解できる	患部の安静が守れる 痛みのコントロールができる	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	採血があります	
観察	1 日の尿量を測定します 体温・血圧・脈拍を 1 日3回測定します 毎日患部の観察と処置を行います		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。 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 症状に応じて解熱・鎮痛剤を内服します					退院
食事	特に制限はありません					
行動	ベッド上安静が必要です トイレの際には患肢を上げて車椅子で移動ができます 足を下げることは避けて下さい 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 室内・トイレ・洗面・シャワー時の歩行ができます	病棟内の歩行ができます。入浴ができます 病院内の歩行ができます	
説明	看護師から入院の説明があります 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。
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.309-2） 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：