

(入院治療計画書)サムスカ内服治療を受ける方へ3泊4日

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ (印) 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

2017/6/30作成

経過	入院日	入院2日目	入院3日目	入院4日目
月日	/	/	/	/
達成目標	治療内容を理解できる	副作用を理解し対処することができる		
治療・処置	採血・採尿があります	 毎朝採血・採尿があります		
検査	心電図・レントゲンの検査があります			
内服	持参された内服薬を確認させていただき、継続・中止をご説明します 薬剤師により指導があります	1日2回サムスカを服用します。副作用として脱水に注意しましょう ★口渇を感じる前に、医師に指示されている範囲内でこまめに水分補給をしてください		
食事	食事は病院食のみとしてください			
看護	身長・体重を測定します。 ★体重は退院まで朝と寝前の1日2回測定します 尿量の観察のため、尿をためてください 飲んだ水分の量を用紙に記入してください	 		
リハビリ	入院中、理学療法士によるリハビリはありません。転倒に注意して安静度の範囲内でお過ごしください			
説明・指導	治療・入院生活についてご説明します	退院時までに次回受診日と退院後の生活についてご説明します 退院後も継続して体重を測りましょう。 体重の変動がないように注意してください		

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

★特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

年 月 日

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。
 注2 入院期間は現時点で予測されるものです。
 ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

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

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

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

パス承認番号(No.110)承認年月日(平成30年7月10日)
 <管理No.127>