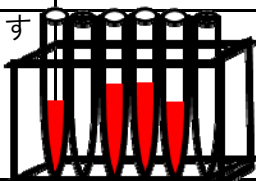
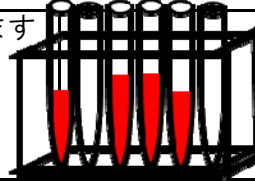
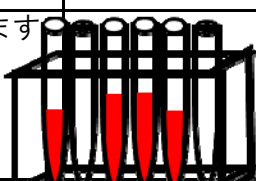
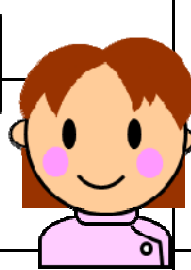




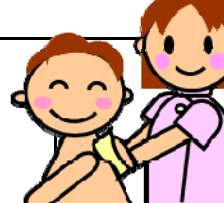
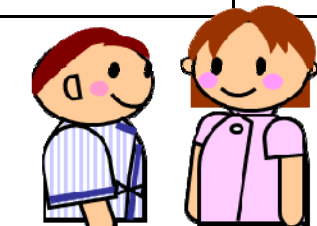




入院診療計画書（蜂窩織炎(下肢)の治療を受けられる患者さまへ）

ID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 | 採血があります | 採血があります | 採血があります | 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 | | |  |  |  | | | | | |
| 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：