

入院診療計画書（131I-MIBG治療に向けて検査を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME 様

症状

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME



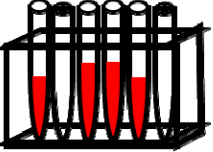


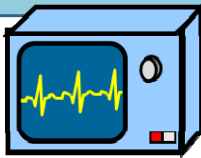



印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名 栄養士

@SYSDATE

月日	/	/	/
経過	 入院日 一般病棟に入院します		退院日 
目標	入院生活について理解できる	血圧測定が自分でできる	オリエンテーション内容を理解できる
検査	<input type="checkbox"/> 採血、尿検査 <input type="checkbox"/> レントゲン検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 塩酸蓄尿（24時間分の尿を溜めて検査に出します）	 	 お入新に！
観察	ご自身で体温・脈拍・血圧・酸素飽和度を測定していただきます。 血圧は1日4回、酸素飽和度は1日3回測定します。 心電図モニターを装着します。 <input type="checkbox"/> 次回治療時に点滴を行うため、血管の状態を確認します。	  	
食事	制限はありません。		
行動	制限はありません。		
説明	看護師から入院生活について、RI病棟の過ごし方について説明があります。 薬剤師が持参薬の確認を行います。	看護師からRI病棟の過ごし方について説明があります。 栄養士から食事について説明があります。	看護師からヨウ化カリウム内服方法について説明があります。

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 / バス承認番号 (No.352) 承認月日 (令和5年2月6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：