

主治医： _____

主治医以外の担当者 _____

患者氏名： _____ さま

病名/症状： 慢性腎臓病 _____

薬剤科 _____ 栄養科 _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 5日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	入院当日		2日目	3日目	4日目	5日目（退院日）
検査 処置 治療	身長と体重を計ります 		朝、体重を測ります 朝食前に採血があります 胸のレントゲンがあります 心電図・心エコー検査があります 24時間血圧計を装着します	頸動脈検査があります	腹部超音波検査と血管脈波検査があります	午前中に退院となります 
点滴 内服薬	常用薬とお薬手帳を持参してください 持参されたお薬を確認し、服用します 					
清潔	制限はありません		制限はありません	制限はありません	制限はありません	制限はありません
排泄	入院中、尿をためる容器にお水をためます					制限はありません
安静度	制限はありません		制限はありません	制限はありません 	制限はありません	制限はありません
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療食となります 		治療食となります	治療食となります	検査のため朝食は食べられません 	治療食となります
説明 指導	入院について説明があります 退院までに管理栄養士から腎不全について指導があります		日中にDVDを（慢性腎臓病ってどんな病気？）を見て頂きます	社会福祉士より社会福祉について説明があります 日中にDVDを（保存期慢性腎不全患者さんのために）見て頂きます	医師より説明があります 日中にDVDを（大切にしよう！あなたの腎臓）を見て頂きます	薬剤師より薬剤について説明があります 
その他	尿をためる容器（ユーリンメーター）を売店にて購入していただきます（3140円） 下記の書類を提出していただきます ・入院誓約書 ・保険証					退院療養計画書 再診の予約票をお渡しします 次回の再診日をご確認ください 退院後の生活の説明をします
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます					説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。

○検査や指導、DVD鑑賞の日時は予約枠や混み具合によって変更になることがあります

本人またはご家族： _____