

入院診療計画書：細菌性肺炎

患者氏名：約束の 人 様

主治医： ⑨

担当看護師：

| 経過日数<br>分類 |                                                                                     | 入院日<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                      | 入院2日目<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                        | 入院3日目<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                        | 入院4日目<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                       | ～<br>#VALUE! | 入院6日目<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                            | 入院7日目<br>#VALUE!                                                                                    | 入院8日目<br>#VALUE!                                                                                                                                                                                        | ～<br>#VALUE! | 入院14日目<br>#VALUE! | 入院15日目<br>#VALUE!                                                                                                       |  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 患者説明資料     | 処方                                                                                  | 現在飲んでいる薬を確認します<br>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            | 処置                                                                                  | 身長・体重を測ります                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            |                                                                                     | 点滴を行います                                                                                                                                                                                             | 点滴を行います<br>                                                                                                            | 点滴を行います<br>                                                                                                            | 状況に応じて、点滴を行います<br>                                                                                                  |              | 状況に応じて、点滴を行います                                                                                                                                                                                              | 状況に応じて、点滴を行います                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            |                                                                                     | 血糖測定をする場合があります<br>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            | 検体検査                                                                                | 採血があります<br>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         | 採血があります<br>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             | 採血があります<br>      |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            | 画像・生理                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         | レントゲン検査があります<br>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             | レントゲン検査があります<br> |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            | 食事                                                                                  | 特別な栄養管理の必要性<br>(有・無)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            |                                                                                     | 食事形態の変更ができます<br>希望の際は看護師にお知らせください<br>                                                                              |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            | 清潔                                                                                  | 状況に応じて、シャワー浴、<br>あるいは身体を拭きます<br>  | 状況に応じて、シャ<br>ワー浴、あるいは身体<br>を拭きます<br>  | 状況に応じて、シャワ<br>ー浴、あるいは身体を<br>拭きます<br>  | 状況に応じて、シャワー浴、あるいは身体を拭き<br>ます<br>  |              | 状況に応じて、シャ<br>ワー浴、あるいは身<br>体を拭きます<br>  |                                                                                                     | 状況に応じて、シャワー浴、あるいは身体を拭き<br>ます<br>  |              |                   |                                                                                                                         |  |
| 体動         | 安静度について説明があります                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
| 教育・指導      | 内服薬を持参している方は看護<br>師に見せてください                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   | 退院の予定です<br>次回受診について<br>説明があります<br> |  |
|            | 看護師から検査、治療の説<br>明があります                                                              |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |
|            |  |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |              |                   |                                                                                                                         |  |

※ 上記内容について説明を受けました。 年 月 日：患者様氏名(代理者氏名・続柄)