

高ビリルビン血症（リバウンド確認）の方へ 入院診療計画書

患者氏名： _____ 様

主治医： ⑧ _____

担当看護師： _____

経過日数 分類		入院日 #VALUE!	入院2日目 #VALUE!	入院3日目 #VALUE!	退院日 #VALUE!
患者説明資料	検体検査		血液検査があります。 採血の結果で治療の可否が決まり、 治療時は説明があります。	血液検査があります。 採血の結果で治療継続の可否が 決まります。	血液検査があります。
	食事	授乳に制限はありません			
		ミルクは調乳済みのものをお渡ししますので、希望時に看護師へお伝えください			
		使用した哺乳瓶は、すすいでからデイルームにある哺乳瓶入れに入れてください			
	排泄	オムツはトイレ内の蓋付きゴミ箱に捨ててください			
		排尿・排便回数を記入してください			
	教育・指導	入院時の説明があります			退院時の説明があります
		オムツ交換後には手洗いとアルコールによる擦式消毒をしましょう			母子手帳に体重を記入します

※上記内容は入院時点のものであり今後は変わりえるものです
特別な栄養管理の必要性 ☐あり ☐なし

※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) _____