

入院診療計画書

1週間糖尿病教育入院をされる ()様へ

2部印刷
1部患者ファイル
1部患者様用

病名(診断群分類) 糖尿病

年齢 <<SYAGE>>

生年月日:

薬剤師

症状

受持看護師

病棟 管理栄養士

入院前		1日目(/)入院 日	2日目(/) 月	3日目(/) 火	4日目(/) 水	5日目(/) 木	6日目(/) 金	7日目(/)退院 土	
目標	☆入院の必要性が理解できる	☆入院前の生活に改善する所があるのか考え、今後の生活をイメージできる。 ☆退院後1ヶ月の自己目標を立案できる。			☆				
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 心電図	医師の指示により蓄尿・血糖測定を行いません。							
糖尿病教室	※左記の教室予定は、祝日のあるときは日時変更します。(別紙の糖尿病教室カレンダー参照)	<input type="checkbox"/> 8時50分～糖尿病とは	<input type="checkbox"/> 8時50分～運動療法 	<input type="checkbox"/> 8時50分～薬物療法(内服薬・インスリン) 	<input type="checkbox"/> 8時50分～合併症について 	<input type="checkbox"/> 8時50分～眼の合併症、歯周病 	<input type="checkbox"/> 8時50分～日常生活、災害時について 		
		<input type="checkbox"/> フットケア 14時30分～	<input type="checkbox"/> 14時30分～食事療法 『食事療法の必要性・原則』	<input type="checkbox"/> 14時30分～食事療法 『糖尿病食品交換表について』	<input type="checkbox"/> 12時 食事療法 外食・嗜好品 食事会	<input type="checkbox"/> 14時30分～検査値について			
教育入院スケジュール 個人指導・説明	栄養士	入院期間中に栄養指導を行います 							
	理学療法士	<input type="checkbox"/> 運動療法指導合併症評価後運動療法が入ります。 <input type="checkbox"/> 午後運動療法	<input type="checkbox"/> 午後運動療法	<input type="checkbox"/> 午後運動療法	<input type="checkbox"/> 午後運動療法	<input type="checkbox"/> 午後運動療法	<input type="checkbox"/> 退院指導 <input type="checkbox"/> 午後運動療法		
	薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬指導(初回)							
	看護師	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> アンケートNo. 1 <input type="checkbox"/> アンケートNo. 2を渡す	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り <input type="checkbox"/> フットチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り <input type="checkbox"/> 目標設定	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室の振り返り
その他	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 標準体重						●入院費の概算● 70歳未満(3割負担)の患者様 約 8万円 70歳以上(1割負担)の患者様 約 3万円 70歳以上(2割負担)の患者様 約 5万円 70歳以上(3割負担)の患者様 約 8万円 ※差額室料の発生するお部屋をご利用の際は別途費用が必要となります。 ※入院費用の概算については平均的な金額となっておりますので、患者様の病状により前後する場合がありますのでご了承ください。 ●70歳未満(3割負担)の患者様へ 限度額適用認定証を提出して頂くと入院費用が上記金額より下がる場合があります。 詳しくは入院のしおりの「高額療養費の事前申請について」をご覧ください。 ご不明な点があれば医事課入院係までご相談ください		

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

※特別な栄養管理の必要性 有

無

主治医

印
又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

◇総合的な機能評価◇ 評価対象外

- ・日常生活動作 問題なし 要経過観察
- ・認知機能 問題なし 要経過観察
- ・意欲 問題なし 要経過観察

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄)