入院診療計画書

在宅酸素療法を受けられる　（　　）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）　　年齢　　生年月日：

症 状　　受持看護師　　病棟

薬剤師
管理栄養士
リハビリ

日時	入院初日　（　／　）	2日目　（　／　）	3日目（　／　）	4日目　（　／　）	5日目　（　／　）	6日目　（　／　）	退院日　（　／　）
目標	◆在宅酸素の必要性について理解しよう		◆日誌を記入できるようになりましょう ◆歩くことができる方は、携帯ボンベを使用し歩くことができるようになりましょう	◆　機器の手入れ方法を理解しましょう	◆　機器の取扱いができるようになりましょう		
食事	特に制限はありません ※必要時に応じて治療食が出ます。						
安静度							
清潔	入浴について（　　）						
検査	◆入院時検査（採血）があります						
酸素吸入	◆酸素吸入指示 安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分	安静時　リットル/分 活動時　リットル/分 睡眠時　リットル/分
リハビリ		理学療法士によるリハビリテーションがあります	理学療法士によるリハビリテーションがあります	理学療法士によるリハビリテーションがあります	理学療法士によるリハビリテーションがあります	理学療法士によるリハビリテーションがあります	
説明・指導	◆オリエンテーションを行います ・入院生活についての説明、病棟案内、面会時間などの諸注意について説明します ・入院までの経過や病状について看護師がお話しを伺います ・今後の入院中の予定について説明いたします。 ◆主治医からの説明があります ・病名・病状について ・在宅酸素療法の必要性 ・酸素量・吸入時間について ◆在宅酸素療法のパンフレットを配布して説明をおこないます ・携帯酸素ボンベについて ・酸素濃縮期について	◆機器の使用法、注意点についてリース会社の担当者のより説明があります。（　　） ◆薬剤師がお薬について説明します ◆酸素の必要性について （パンフレット　P1～P2　） ◆DVDによる学習 ①肺のしくみと酸素 ②在宅酸素でいきいき暮らす ③急性増悪に備えて ◆身体障害者手帳の対象者になります。詳しく知りたい方は看護師に声をお掛けください ◆自己管理日誌について説明します	◆歩行ができるようなら、携帯ボンベを使用し、歩行訓練をおこないます ◆DVDによる学習 ④呼吸法と動作の工夫 ⑤自分で喀痰を排出してみましょう ◆呼吸器リハビリのDVD　①～③	◆機器の手入れについて	◆機器の扱い確認 （1回目） ・チェック表に沿って ◆日常生活・社会活動について説明 （パンフレット　P20～P29）	◆退院について帰宅方法を確認します ◆薬剤師がお薬について説明します ◆主治医が病状諸検査について説明します ◆機器の扱いについて確認 （2回目） チェック表に沿って ◆退院指導 （パンフレット　P30～P34）	◆リース会社の担当が自宅へ機器を設置し、取扱い方法の説明を行います。 ◆退院指導を行います ・次回受診日について ・薬の配布 ・家族への指導について

※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　　）