

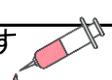
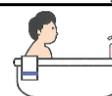
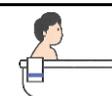
# 【下大静脈フィルター除去】 入院診療計画書

疾患名   
診断群分類

主治医   
看護師   
薬剤師   
栄養士

ID   
氏名

病棟(病室):

	1月1日	1月2日		1月3日
	入院日	検査当日(前)	検査当日(前)	検査後1日目
目標	<input type="checkbox"/> 検査の説明が分かる	<input type="checkbox"/> 不安なく検査が受けられる	<input type="checkbox"/> 出血、血腫がない <input type="checkbox"/> 造影剤の副作用がない	
内服	持参薬を確認します 現在内服中のお薬は指示に従ってください			
点滴注射		検査1時間前に点滴を開始します 	検査終了後、点滴を抜きます	
検査	胸部・腹部のレントゲンを撮ります 心電図、採血をします(外来にて) 			採血をします 
処置	検温します 	検査1時間前に検温をします 	検査後に検温をします  出血・痛み・しびれなどが無いか確認します 4時間後圧迫テープをはずし、 消毒後カットバンを貼ります 	検温します 
食事	塩分制限食を食べます 	検査の順番によって異なります 看護師から説明します 	検査後は食事ができます 	
清潔	入浴できます 	入浴・シャワーができません 		入浴できます 
排泄				
安静	自由に歩けます 			自由に歩けます 
説明指導	入院、検査についての説明があります。		検査の結果、治療方針の説明があります 退院に向けての指導、次回受診説明があります 服薬指導があります	診察後、退院です 
				総合評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
症状			特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	日常生活能力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です
本人・家族の要望				認知機能 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります
看護計画等				気分・心理状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります

本人氏名   
親族又は代理人氏名  続柄:

説明日 西暦 年 月 日

主治医氏名