




患者ID	
患者氏名	様
病名	

入院診療計画書

パス名 糖尿病コントロール入院


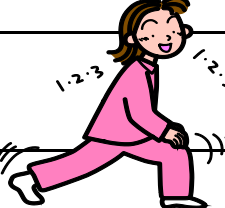
主治医	印
主治医以外の担当医	
担当看護師	

経過 (手術日・退院日 など)	1日目・入院日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日時	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/(日)
治療 薬剤(点滴・内服)	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認をさせていただきます  <input type="checkbox"/> 血糖値の状況を見て、主治医と治療方法を決めていきます						
処置	<input type="checkbox"/> 血糖測定を開始します	<input type="checkbox"/> 血糖6回測定です	<input type="checkbox"/> 血糖4回測定です		<input type="checkbox"/> 血糖6回測定です	<input type="checkbox"/> 血糖4回測定です	
検査		<input type="checkbox"/> 朝食前と10時に採血があります	<input type="checkbox"/> 尿検査				
食事	<input type="checkbox"/> エネルギーコントロール食になります <input type="checkbox"/> 間食はできません カロリーのないお茶・水はかまいません 						
清潔	<input type="checkbox"/> 検査や指導のない時間でシャワー浴が可能です						
排泄	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 尿を24時間ためて検査にいたします (朝10時から翌日朝10時まで)					
安静度 リハビリ	<input type="checkbox"/> 制限はありません						
教育・指導 (栄養・服薬管理)	<input type="checkbox"/> 入院オリエンテーションをします <input type="checkbox"/> 自己血糖測定の方法を説明します						
患者さんおよび 家族への説明	<input type="checkbox"/> 個別栄養指導については、都合のよい日時を確認させていただきます <input type="checkbox"/> 必要に応じて、追加の検査が入る場合があります <input type="checkbox"/> 吐き気や冷や汗、震えなどの症状がありましたらお知らせください					<input type="checkbox"/> 外出は可能です(食事は病院でとってください)	

注1 病名等は、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り得るものです。

注2 入院期間については、現時点で予想されるものです。

患者ID	
患者氏名	
病名	パス名 糖尿病コントロール 入院

経過 (手術日・退院日など)	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目(退院日)
日時	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)
治療 薬剤(点滴・内服)	 <input type="checkbox"/> 血糖値の状況を見て、主治医と治療方法を決めていきます				
処置	<input type="checkbox"/> 血糖4回測定です	<input type="checkbox"/> 血糖6回測定です	<input type="checkbox"/> 血糖4回測定です		
検査		<input type="checkbox"/> 朝食前と10時に採血があります			
食事	<input type="checkbox"/> エネルギーコントロール食になります <input type="checkbox"/> 間食はできません カロリーのないお茶・水はかまいません				
清潔	<input type="checkbox"/> 検査や指導のない時間でシャワー浴が可能です				
排泄	<input type="checkbox"/> 制限はありません				
安静度 リハビリ	<input type="checkbox"/> 制限はありません				
教育・指導 (栄養・服薬管理)	<input type="checkbox"/> 都合のよい日時で個別栄養指導があります 				
患者さんおよび 家族への説明	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、追加の検査が入る場合があります <input type="checkbox"/> 吐き気や冷や汗、震えなどの症状がありましたらお知らせください				

注1 病名等は、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り得るものです。

注2 入院期間については、現時点で予想されるものです。

記載日 年 月 日

(本人・家族)