


@PATIENTID  
 @PATIENTNAMEKANA  
 @PATIENTNAME  
 〇歳

## ＜入院診療計画書＞ 糖尿病教育入院(月曜日・15日間)で入院される患者様へ

	入院1日目 / (月)	2日目 / (火)	3日目 / (水)	4日目 / (木)	5日目 / (金)	6日目 / (土)	7日目 / (日)	8日目 / (月)	9日目 / (火)	10日目 / (水)	11日目 / (木)	12日目 / (金)	13日目 / (土)	14日目 / (日)	15日目 / (月)
<b>検査</b> 【入院前検査】 胸部レントゲン 心電図 ABI 頸動脈エコー 腹部エコー 眼科診察 誘発筋電図 採血 	尿検査 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) ウエスト ( ) ヒップ ( ) 体重( )	採血 朝前( ) 9時半( ) 14時 夕前( ) 20時( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 9時半( ) 14時 夕前( ) 20時( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 屋前( ) 夕前( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 9時半( ) 夕前( ) 14時 夕前( ) 20時( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 9時半( ) 夕前( ) 14時 夕前( ) 20時( ) 眠前( ) 万歩計( ) 体重( )	尿検査 朝前( ) 夕前( ) ウエスト ( ) ヒップ ( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 夕前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 夕前( ) 万歩計( ) 体重( )	朝前( ) 夕前( ) 万歩計( ) 体重( )	
	* 体重測定 (毎日朝食前の血糖測定時に行ってください) * 蓄尿 (1週目金曜日11時まで、毎日排尿のたびに行ってください) * 入院中1回、口腔ケアセンターで口腔ケア指導があります。歯ブラシ・教室冊子をご持参ください。 * 許可があればリハビリ室にて運動療法があります。(月～土曜日)														
<b>治療</b>	入院の説明をします。	食事会	食事療法、運動療法、服薬指導 糖尿病教室(水・木・金)	医師の許可があれば 土日外出泊可	食事会	糖尿病教室(水・木・金)	医師の許可があれば 土日外出泊可	午前中 退院							
<b>説明指導</b>	* お薬を服用中の方は、糖尿病以外の薬も全てご持参下さい。 * インスリンや血糖測定器をお持ちの方はご持参下さい。 * 万歩計、マリービスケットをご持参下さい。 * トレーニングウェア、運動靴をご持参下さい。 * 退院前に医師より病状説明があります。ご家族様もご来院頂きますようお願いいたします。	<b>食事</b> 糖尿病食が出ます(病院食以外の食事は禁止、水・茶のみ) <b>活動</b> 許可があれば運動療法カードをお渡します。院外へウォーキングに行く事が可能です。 <b>清潔</b> 入浴可です(食前は控えて下さい)	(入院オリエンテーション) * 入院の流れを説明します。 * 地域連携室よりソーシャルワーカーが退院後の生活についてお話をさせて頂きます。 * 自己血糖測定、インスリン注射が必要な方は手技を説明します。 * 栄養指導・服薬指導を行います。	(土日外出泊について) 看護師が下記の外出泊に必要な物を準備し、説明します。 ・外出泊許可書 ・内服薬(食前・食後) ・血糖自己測定器 ・インスリン自己注射セット		日常生活を振り返り、改善策・目標を考えることができる。	目標 1.糖尿病に対する正しい知識を深める。 2.血糖測定などの正しい手技を身に付ける。	* 栄養指導・服薬指導 ・退院前療養指導を行います。	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">                         ご家族さまへ                          療養生活にはご家族様の協力が、大変重要です。                          入院日、病状説明日は時間調整の上、ご来院下さい。                          水・木・金は糖尿病教室があります。                          ご家族さまもご参加下さい。                     </div>						

注1) 治療内容・入院期間については、現時点で予測されるものであり、今後治療を進めていくに従って変わらうるものである。

患者・家族からの  
要望または質問

以上のことに関して、内容を理解しました。

総合的機能評価(口あり □なし)

説明者

年 月 日

患者署名

※未成年者や本人が署名不可時の場合は代理人が署名のこと

同席者署名 (続柄)

同席者署名 (続柄)

同席者署名 (続柄)