

ID

様

生年月日

病名

### 入院予定表

主治医

説明医

立ち会い看護師

	入院日	入院2日目	入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	入院7日目	入院8日目	退院日	
	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	~	/ ( ) 頃
治療・処置	血圧測定 検温 体重測定 などを行います。 	検査結果に基づき食事療法、運動療法、ならびに薬物療法（内服薬、インスリンなど）を行います。 ( )								
点滴・注射・飲み薬										
検査	尿検査、エコー検査、採血をします。 血糖検査 レントゲン撮影 心電図検査 などをし、糖尿病合併症の評価をすすめていきます。 未受診の方は眼科、歯科にも受診していただく予定です。									
食事	治療食のため病院食以外は食べられません。									
病院内の活動や安静	病状に応じて決めています。 運動療法を行います。									
清潔	シャワーを希望される方は看護師まで申し出てください。									
説明・指導	糖尿病教室へ参加していただき、糖尿病について一緒に知っていきましょう。教室終了後にアンケートに答えていただきます。 適宜、病状説明を行います。 ・フットケアについて説明を行います。足を診させていただきます。  <b>個人栄養指導の予約をします。主に食事作成する方の参加が必要ですので、事前にご相談いただきますようお願いいたします。</b>						アンケートに答えて頂き、退院後の生活について一緒に考えていきましょう。  			
その他・留意点	転倒・転落が起こらないよう注意していきます。 ご不明な点がございましたら、医師・看護師にお尋ねください。									
特別な栄養管理の必要性	あり * 計画書をお渡しした段階での評価であり、すべての入院患者さんに対し入院時に栄養状態の評価を行い、必要に応じた栄養管理を行います。									
ご要望やご希望があればご記入下さい										
準備していただく物	<input type="checkbox"/> 運動療法を行うので、運動のできる服装と運動靴をご持参下さい。 <input type="checkbox"/> 筆記用具 (○食品交換表に関しては、ご希望があればご案内します。)									

上記の内容について説明を受けました。

患者氏名

家族氏名 (続柄 )

(自筆の場合、押印は不要です。)

\*病名等については、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可能性があります。  
 \*入院期間については現時点で予想されるものです。  
 \*医師の指示により、退院支援部門が相談・支援させていただく場合があります。  
 \*入院費は治療によって大きく異なることがあります。詳しくは事務までお尋ねください。