

入院診療計画書（慢性腎不全保存期）

日付： _____

入院の目的

- ①腎機能の低下の原因、合併症の有無について調べます
- ②腎機能の低下を防ぐために、食事、薬物療法、生活管理について学びます

入院予定期間： _____

病棟： _____

ID： _____

様 病名(主要病状等) ^{(注)1} _____

経過 ^{(注)2}	入院日	2日目	3日目	4日目～退院前日	退院予定日 ^{(注)2}
月日	/	/	/	/	/
治療					
薬剤 (点滴・内服)	・薬剤師が現在使用中のすべてのお薬を確認します	・必要に応じて内服の調整があります			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><ul style="list-style-type: none">・看護師より退院時の説明があります・入院診療費通知書を医事課の者がお持ちします・お帰りの際はネームバンドを外します</div>
処置					
検査	・血液、尿検査を行います ・必要に応じて以下の検査を行います <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><ul style="list-style-type: none">・心電図・胸部レントゲン・腹部レントゲン・腹部超音波・心臓超音波・腹部CT・頸部エコー・血圧脈波</div> * 毎日体重測定 * 毎日尿量を測定していますので、入院中はすべて尿を蓄尿バッグにためて下さい	・必要に応じて、以下の検査を行います ・便 ・眼科(特に糖尿病の方)	・血液、尿検査 ・腹部CT	・適宜、血液、尿、レントゲン検査等を行います ・貧血のある方は、消化管の内視鏡検査を行います 	
食事	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><ul style="list-style-type: none">・腎臓食・カロリー(Kcal/日) ・蛋白 (g/日)・塩分 (g/日) ・カリウム制限(有 ・ 無)</div> ・食事のかたさや飲みこみに不安がられる方、食べ物のアレルギーがある方はお申し出ください ・入院中は治療食になりますので間食等は原則禁止です				
安静度	・特に制限はありません				
患者さん及びご家族への説明・ご指導	・主治医より治療について説明があります ・医療安全の為ネームバンドをつけます ・入院中何かわからないことがございましたら遠慮なくお尋ねください ・腎臓病のパンフレットをお渡しいたします	・パンフレットに沿って看護師、薬剤師がご説明致します		・必要に応じて栄養士が栄養指導をいたします (月 日 曜日) (時 分より)	・主治医が入院経過及び、退院後の生活について説明いたします 
その他					

(注) 1 病名(主要症状等)などは、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものです
(注) 2 退院予定時期については、現時点で予想されるものです。何か御不明な点がありましたら担当主治医もしくは看護師にお尋ねください

診断書が必要な方はお早めにお申し下さい

特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無

説明した日付: _____

(本人・家族): _____

(受け持ち看護師): _____

薬剤師:
栄養士:

(主治医)

印