入院診療計画書

オフェブ療法を受けられる　（　　）様へ

病名　　年齢　　生年月日:　　薬　剤　師

症状　　受持看護師　　病棟　　管理栄養士

2　部　印　刷
1　部：患　者　フ　ァ　イ　ル
1　部：患　者　様　用

病日	入院前	1日目（入院当日）	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目(退院日)
日付	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）	／（　）
目標	オフェブ内服の必要性が理解できる → オフェブの副作用を理解し、報告ができる →								
食事	特に制限はありません	普通食が出ます → （必要に応じて治療食が出る場合があります）							
安静度	特に制限はありません	特に制限はありません →							
清潔	特に制限はありません	特に制限はありません →							
排泄	特に制限はありません	特に制限はありません →							
看護		毎日検温時に副作用や症状の有無等を観察させて頂きます →							
検査	外来で血液検査があります 胸部撮影があります	医師の指示により必要な場合、医師の指示により必要な場合、血液検査・胸部X線検査があります						血液検査があります 胸部X線撮影があります	
治療		医師の診察後結果が良ければ内服を開始します ☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服	☐ オフェブ内服
処置		身長・体重を測定します							
処方		これまでに処方されているお薬は入院時に持参してください。 ※医師の指示により普段飲まれているお薬が中止になる場合があります。						※普段飲まれているお薬が中止になっている場合は医師の指示により再開となります	
説明 指導	治療について医師から説明があります	病棟オリエンテーションがあります 入院後のスケジュールについて説明を行います 薬剤師より薬や副作用等の説明があります	副作用症状出現時にはその都度対応させて頂きます 何か変わったことがあれば申し出ください						薬剤師より退院前の説明があります 退院後の注意事項について説明を行います 次回外来受診日　月　日（　）

※上記内容は、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こともありますのでご了承下さい

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇　☐ 評価対象外

・日常生活動作	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・認知機能	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・意欲	☐ 問題なし	☐ 要経過観察

※特別な栄養管理の必要性
☑ 有
☐ 無

主治医　　印又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

　年　月　日　患者　又は　親権者・親族等サイン　　（続柄　　）