


入院診療計画書

在宅酸素療法を受けられる（ ）様へ

2部印刷
1部患者ファイル
1部患者様用

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
リハビリ

日時	入院初日(/)		2日目(/)		3日目(/)		4日目(/)		退院日(/)	
目標	・在宅酸素の必要性について理解することができる		・日誌を記入できる ・歩くことができる方は携帯ボンベを使用して歩くことができる		・機器のお手入れ方法、緊急時連絡先が理解できる		・機器の取り扱いができる		・退院ができる	
食事	特に制限はありません ※必要に応じて治療食が出ます —————→ 									
安静度	特に制限はありません ※必要に応じて主治医から指示があります —————→									
清潔	入浴について (

※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ください
※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。 ※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。

◇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

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)