

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 ()	  			
検査	◆必要に応じて、血液・画像検査が有ります	◆6分間歩行検査を行います			
酸素吸入	◆酸素吸入量は状態を見ながら決定します。				
リハビリ		◆理学療法士によるリハビリテーションがあります ◆歩行ができるようなら、携帯ボンベを使用し、歩行訓練を行います			
説明・指導	◆オリエンテーションを行います ・入院生活についての説明、病棟案内、面会時間などの諸注意について説明します ・入院までの経過や病状について看護師がお話を伺います ◆主治医からの説明があります ・病名・病状について ・在宅酸素療法の必要性 ・酸素量・吸入時間について ◆薬剤師がお薬について説明します ◆在宅酸素療法のパンフレットを配布し説明を行います ・酸素濃縮器について ・携帯酸素ボンベについて	◆歩行ができるようなら、携帯ボンベを使用し、歩行訓練を行います ◆DVDによる学習をして頂きます ◆自己管理日誌について説明します	◆機器のお手入れについて説明します ◆緊急時の連絡先について説明します ◆DVDによる学習をして頂く場合があります	◆退院について帰宅方法を確認します ◆主治医が病状諸検査について説明します	◆リース会社の担当が自宅へ機器を設置し取り扱い方法の説明を行います ◆退院指導を行います ・次回受診日について ・お薬について ・家族の指導について



※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 | □ 問題なし | □ 要経過観察 |
| ・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)