

補液（経過観察）治療を受ける患者様・ご家族様へ 患者氏名：

様 病名：

病棟 号室 入院期間： 日間 栄養摂取に関する計画 特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無

	外来	入院	退院
日付	月 日()	月 日()	月 日()
達成目標	入院の必要性が理解出来る	補液治療を受ける事が出来る	スムーズに退院することが出来る
治療 処置		<ul style="list-style-type: none"> ●点滴で補液を行ないます ●症状の変化を観察いたします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院後にも必要な処置などあれば、ご説明いたします。 
内服	<ul style="list-style-type: none"> ●お薬を確認いたします。現在、処方されている薬剤およびお薬手帳をご持参ください。 ●中止薬剤の確認と説明をいたします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●看護師が内服薬をお預かりいたします。 ※医師の指示されたお薬のみ看護師がお配りします。 中止薬： 有 ・ 無	<ul style="list-style-type: none"> ●退院処方が出る場合がございます。用法・用量のご説明があります。
食事 飲水		<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限食をお召し上がりの方は病院食以外は召し上がらないで下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限が必要な場合はご説明いたします。 
活動		<ul style="list-style-type: none"> ●病院内フリー※病院外へは出ないで下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限が必要な場合はご説明いたします。
排泄		<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限が必要な場合はご説明いたします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限が必要な場合はご説明いたします。
清潔		<ul style="list-style-type: none"> ●入浴は出来ません。 	<ul style="list-style-type: none"> ●制限はございません。※制限が必要な場合はご説明いたします。
患者様及びご家族への説明 生活指導 リハビリ 栄養指導 服薬指導		<ul style="list-style-type: none"> ●看護師から入院生活・入院病棟のオリエンテーションがあります。 ●症状を継続して観察を行います。 ●必要時、痛みのケアや症状緩和のケアをいたします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院後の生活の過ごし方および注意点を説明いたします。 ●次回の外来診察予約の確認と説明をいたします。※近医の病院やかかりつけの病院や専門治療病院への紹介状をお渡す場合がございます。

主治医：

主治医以外の担当者：

計画説明日

計画説明者

年 月 日

看護師

同意ご署名（本人以外の場合は患者様との関係）

様

* 状態に応じ予定が異なる場合がございます。何か質問があれば看護師にお尋ねください。