

病棟 _____ 病室 _____

患者氏名 _____ 殿

ID _____

入院診療計画書(1/2)



Tel: 086-276-3231 Fax: 086-274-1028
HP: http://www.kyokuto.or.jp

病名 COVID-19

月日	/	/	/	/	/	/	推定される 入院期間 約1日間
日時(入院日・退院日等)	入院日・退院日						
治療 薬剤(点滴・内服)							
処置							
検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査						
安静度 リハビリ							
食事 (栄養士による 指導も含む)							
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴可 以後、状態に合わせて適宜変更させていただきます						
排泄							
患者様・ご家族 への説明							

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです

注3) 作業確認のため医療機器関係者が立ち合う場合があります。

上記の内容について

よく理解できましたので、同意いたします

よく理解できませんので、もう一度説明を希望いたします

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 宇賀 公宣

外来看護師 _____

病棟看護師 _____

リハビリ責任者 新谷修平

担当栄養士 川上恵里子

患者氏名 _____

保護者または
代理人氏名 _____

(続柄)

患者
氏名

殿

ID

入院診療計画書(2/2)

図・その他

入院後、抗体薬の点滴を行います。
入院当日退院の予定です

予想される合併症

薬剤アレルギーの可能性が
あります。
また、COVID-19感染症が進行
することはあり得ます。

術後治療経過

質問事項	総合的な機能評価	看護計画 #新型コロナウイルスによる非効果的呼吸パターン
	特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 認知機能 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 気分・心理状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察	<input type="checkbox"/> 疼痛の軽減を図ります <input type="checkbox"/> 日常生活動作の改善に向けて援助します <input type="checkbox"/> 転倒しないように、安全を考慮して援助します <input type="checkbox"/> 早期の退院に向けて支援します <input type="checkbox"/> 感染症、皮膚潰瘍等について、適時観察予防に努めます