

入院診療計画書 栄養評価を受けられる患者さんご家族の方へ

ご説明年月日：	年 月 日	病棟	号室	患者氏名 @PATIENTNAME
病名：	入院目的：		症状：	
手術内容及び日程：	推定される入院期間：約	(日・週・月間)	特別な栄養管理の必要性：有・無	
説明医師署名：	受持看護師名：		その他担当者名：	

	/ ()	/ ()	/ ()
	入院日	検査当日	翌日
説明 診察	午前12時までに入院受付を済ませてください。小児外科医から検査の説明があります。看護師から入院・病棟についての説明があります。	医師の説明があります。注入メニューの変更などで入院延長になる可能性があります。	
処置 検査	身長、体重、上腕三頭筋部皮下脂肪厚、上腕周囲長の測定をします。栄養士が摂取栄養量の問診を行います。	24時間蓄尿を行います。7時に空腹時採血を行います。カロリーメトリー前に鎮静を行います。8時にトリクロ () ml、エスクレ座薬 () mg () 個挿入します。8時30分に1号館2階の栄養管理室にてカロリーメトリーを絶食状態で行います。(検査時間は約30分)	
安静度	病棟内フリー		
食事		注入は深夜1時までで終了します。検査終了後に注入再開です。検査当日の朝の内服は通常通り、白湯で注入してください。	必要時、注入メニューの変更を行います。
必要書類、その他(リハビリテーション等の計画)	入院誓約書・病衣使用申込書(希望される方)		

注1) 状態に応じて予定が変更になる場合があります。

注2) この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等によりかわりえるものです。その場合は再度説明いたします。

注3) 入院期間について 現時点で予想されるものです

上記のとおり説明を受けました。

年 月 日

患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄 ()
--------	-----------	------------