

患者ID:

入院診療計画書 糖尿病血糖コントロール目的で入院する患者さんへ

ご説明年月日:

年

月

日

患者氏名:

病棟:

号室:

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:

|                         |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | 担当医師 ( )                                                                                                                                          | 担当看護師 ( )                                                                                                                                                                                            | 病棟 ( )                                                                                                           |
| 経過                      | 入院時<br>( / )                                                                                                                                      | 入院2日目～退院前日まで( / ~ / )                                                                                                                                                                                | 退院当日<br>( / )                                                                                                    |
| 検査                      | 心電図・レントゲン検査をします                                                                                                                                   | 採血（検尿）・24時間蓄尿・便潜血検査・血糖値日内変動・動脈硬化検査をします<br>(詳しい日程や他追加検査は別途医師から説明があります)                                                                                                                                | 検査はありません                                                                                                         |
| 治療処置                    | *体温・血圧測定・身長体重測定を実施します<br>*血糖測定を1日4回実施します<br>(7時・11時・17時・21時)<br> | *毎週日曜日の朝食前に体重を測定を行って下さい<br>*医師の指示に従って血糖測定・インスリン注射を実施します                                                                                                                                              | *退院後、継続実施します<br><input type="checkbox"/> 内服<br><input type="checkbox"/> 血糖測定<br><input type="checkbox"/> インスリン注射 |
| 安静度                     | *制限はありません<br>(制限がある場合は看護師または医師より説明します)                                                                                                            | *制限はありません<br>(制限がある場合は看護師または医師より説明します)<br>                                                                        | *制限はありません                                                                                                        |
| 食事                      | *体格や活動状況に合わせた食事を提供します<br>*間食や持ち込み食は禁止です<br>*病院食のみ摂取して下さい                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
| 内服                      | *持参薬・インスリンの確認を行います<br>入院時病棟担当薬剤師が病室へ伺います<br>                   | *入院時、追加になった薬は医師の指示に従って服薬して下さい<br>(中止になった薬はその都度回収します)<br>*薬に関する説明は、担当薬剤師がその都度実施します<br>*自己管理の方は、3日間内服確認を実施します<br> | *退院後の薬剤に関して、薬剤師から説明があります                                                                                         |
| 排泄                      | *通常通りで制限はありません<br>                                             | *24時間蓄尿中は尿を袋にためてもらう必要があります                                                                                                                                                                           |                                                                                                                  |
| 清潔                      | *入浴できます                                                                                                                                           | *入浴・シャワーはできません。からだ拭きをします                                                                                                                                                                             | *通常通りです                                                                                                          |
| 説明指導                    | *入院時必要書類の説明・オリエンテーション<br>*お名前を確認できるようにネームバンドをつけさせていただきます<br>*医師より検査説明があります                                                                        | *入院3日目にフットケア指導を行います<br>*希望制で糖尿病教室を受講できます<br>                                                                    | *退院オリエンテーション<br>・次回受診日<br>・退院後のインスリン量・シックデイについて説明します                                                             |
| 必要書類、その他(リハビリテーション等の計画) | *必要書類の確認をします<br>・入院誓約書 ・室料差額同意書(必要時)<br>・検査同意書(必要時) ・転倒転落に関するお願い<br>・転倒転落防止看護計画<br>*診断書等入院書類が必要な方は申し出てください                                        |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

兵庫医科大学病院 糖尿病・内分泌・代謝内科 2025.3.27作成 85001-00

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 |
|--------|-----------|--------|