

# 入院診療計画書

【テ】

パス  
名称

新型コロナウイルス感染症

氏名

様

ID

生  
年月  
日

性  
別

入院病棟 階

病名 (他に考え得る病名)

新型コロナ感染症 (肺炎含む)

症状

交付  
日

入院日  
説明日

年

月

日

特別な栄養管理の要否

有り

**有りの際は栄養管理計画書を作成します。** (参考判断基準: 1.食事療法・栄養食事指導を要する患者 2.Alb3.5g/dl未満 3.開胸開腹手術を伴う等大手術の予定 4.重篤な基礎疾患 (脳卒中、頸部外傷、重症肺炎、進行した悪性疾患、ICU・HCU入室患者等) 5.食事摂取の低下及び嚥下 6.痩せ傾向(BMI<20.5) 7.体重減少 8.褥瘡 (持ち込みを含む) 9.栄養投与総量の不足 10.褥瘡予定)

無し

の場合は理由を選択 ▶

検査入院

その他

理由必須

	入院日		経過観察期間	
	1日目	4日目	8日目	15日目
目標	<input type="checkbox"/> 入院生活 (隔離) について理解できている <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <input type="checkbox"/> 発熱のコントロールができています <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) やスキン-テア (皮膚裂傷)、医療機器などによる皮膚トラブルがなく過ごすことができる (褥瘡・スキン-テア予防とケア) <input type="checkbox"/> 安全で安楽な日常生活を送ることができる (せん妄予防・認知症ケア) <input type="checkbox"/> 精神的な不安が減少し混乱なく日常生活を送ることができる (せん妄予防・認知症ケア) <input type="checkbox"/> ご自身やご家族は病気を正しく理解し、前向きに治療に望むことができる (退院支援) <input type="checkbox"/> 転倒転落を起こさない (転倒転落予防)			
安静度	<input type="checkbox"/> 病室内でお過ごしください。(感染拡大防止のためにお部屋は気圧を低くして管理されています) <input type="checkbox"/> シャワーや電話など病室外に出る際にはマスクを着用して看護師と一緒に行動してください。			
手術 検査 処置	<input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 <input type="checkbox"/> 必要時、酸素吸入	<input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査	<input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査	<input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査
点滴 内服	<input type="checkbox"/> 身体の状態に応じて点滴を行う場合があります。 <input type="checkbox"/> もともと内服していた薬がある場合は院内で処方し、内服していただきます。 <input type="checkbox"/> 治験等に参加する場合には別途、医師や治験コーディネーターから説明があります。			
食事	<input type="checkbox"/> 医師の指示に従ってください <input type="checkbox"/> 身体の状態に合わせた食事を提供いたします。 <input type="checkbox"/> 医師の指示によっては禁飲食の場合があります。			
清潔 排泄	<input type="checkbox"/> 入院中は尿量を測定する場合があります。 <input type="checkbox"/> トイレに行く際に呼吸が苦しい時や歩行が不安定な時には ナースコールでお知らせください。	<input type="checkbox"/> 洗面・口腔ケア・体拭き・更衣などを必要に応じてお手伝いします。 <input type="checkbox"/> シャワーは予約制です。また、シャワー室には看護師と一緒に移動してください。		
看護	<input type="checkbox"/> 不快な症状が和らげるよう援助します。 <input type="checkbox"/> 体温、脈拍、血圧、呼吸の状態、意識状態を確認します。 <input type="checkbox"/> 異常の早期発見に努めます。症状や状態を看護師等にお伝えください。 <input type="checkbox"/> 転倒や転落に十分に注意してください。運動靴をお勧めします。	<input type="checkbox"/> 床ずれ予防のために体位変換や除圧、体圧分散寝具の使用や皮膚の保護を行 <input type="checkbox"/> スキン-テア(皮膚裂傷)の予防を行います。 <input type="checkbox"/> せん妄予防や認知症のケアを患者さんの状態によって提供します。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて医療チームで退院支援を行います。		
その他 (リハビリ等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションは必要な場合に検討します。</li> <li>・入院パンフレット「安全な入院生活を送っていただくために」を必ず読んでください。(入院パンフレットP.7-8)</li> <li>・看護師からお渡しするオリエンテーション用紙「新型コロナウイルス感染で入院される患者さん・ご家族の皆様へ」を必ず読んでください。</li> <li>・危険物や貴重品はご家族等にお持ち帰りいただきます。<b>万一盗難や紛失にあった場合は当院は責任を負いかねます。個人の責任で保管をお願いいたします。</b>(入院パンフレットP.11-12)</li> </ul>			

主治医名	▼フルネーム (代筆も含む)	印	担当医名	▼フルネーム	看護師名	▼フルネーム	薬剤師名	▼フルネーム	同意者	▼フルネーム	ご本人 ご家族
------	----------------	---	------	--------	------	--------	------	--------	-----	--------	------------