



入院診療計画書－糖尿病で入院される患者様へ－

| | | | | | | | |
|-------|--|---|--|---|---|----------------------------|----------------------------|
| 患者氏名 | | 様 | | 病名 | | | |
| | | | | 症状 | | | |
| | | | | 病棟 | 特別な栄養管理の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 入院日 | 2日目～7日目 | 8日目～12日目 | 13日目～14日目(退院) | | | |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 糖尿病について理解を深める | <input type="checkbox"/> 糖尿病はどんな病気か理解できる <input type="checkbox"/> 三大合併が分かる <input type="checkbox"/> 低血糖時の症状・対処法が理解できる | <input type="checkbox"/> シックデイの対処法が理解できる <input type="checkbox"/> フットケア、清潔を保つことの必要性が理解できる | |  | | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン・心電図検査があります <input type="checkbox"/> 身長・体重測定をします <input type="checkbox"/> 腹囲を測定します | <input type="checkbox"/> 2日に血糖値の検査を食前・食後2時間・眠前等7回行います <input type="checkbox"/> 3～7日目の間に腹部エコーがあります <input type="checkbox"/> 3～7日目の間に眼科受診があります |  | | | | |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 1日目の15時から2日目の15時まで尿の検査をします 排尿時は、尿を専用の容器に溜めていただきます <input type="checkbox"/> 1～2日目の間に便検査があります | | | | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 内服中のお薬をお持ちください <input type="checkbox"/> 内服薬の確認をします | | | | | | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> 糖尿病食になります <input type="checkbox"/> 間食は禁止です | | | | | | |
| ケア | <input type="checkbox"/> 安静度に制限はありません | | | | | | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 病棟の浴室を使用して入浴していただきます | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 病棟ではそれぞれの目標に沿った指導を行います | | | | | | |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 入院オリエンテーションをします 「糖尿病の手引き」をご購入ください <input type="checkbox"/> 「糖尿病教育アンケート」記入がお済みの方は看護師へお渡しください | <input type="checkbox"/> 2～3日目の間に栄養指導があります <input type="checkbox"/> 5～7日目の間に服薬、運動療法の指導があります <input type="checkbox"/> 2～6日目の間にDVDの①～⑤をみていただきます | <input type="checkbox"/> 8日目に⑥～⑨をみていただきます <input type="checkbox"/> 10～12日目の間に栄養指導があります | <input type="checkbox"/> 退院前に主治医より説明があります <input type="checkbox"/> 月1回糖尿病教室ありますので参加してください 日程は外来や病棟で確認してください | | | |

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 _____

尼崎中央病院

(続柄 _____)