

入院診療計画書 ー抜歯(1泊2日)ー

患者氏名

様

病名			
症状			
病棟		特別な栄養管理	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

		抜歯当日	抜歯翌日(退院)
目標		<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意を理解できる
検査			
処置			<input type="checkbox"/> 診察・処置があります 
投薬		<input type="checkbox"/> 現在服用中のお薬は必ず持って来てください <input type="checkbox"/> 抗生物質の内服が始まります 	<input type="checkbox"/> お薬の残りは持ち帰って服用してください
食事		<input type="checkbox"/> 麻酔が切れてから食事が始まります	
安静度		<input type="checkbox"/> 安静度は看護師が伝えます	
ケア	観察	<input type="checkbox"/> 入院時の検温をします <input type="checkbox"/> 抜歯後に出血があればお知らせください	<input type="checkbox"/> 口腔内のチェックをします 出血・痛みはありませんか
	清潔	<input type="checkbox"/> 指示があるまで、うがいはしないでください <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけず傷に当たらないように歯磨きしてください	
	看護	<input type="checkbox"/> 指示があるまで義歯をつけないでください <input type="checkbox"/> 病衣を希望される方は看護師にお申し付けください <input type="checkbox"/> 痛みがあれば我慢せずにお知らせください	
説明・指導		<input type="checkbox"/> 同意書をスタッフに渡してください <input type="checkbox"/> 入院期間・点滴・食事など変更されることがあります その際は その都度ご説明いたします	<input type="checkbox"/> 次回の診察予定日・注意事項などの説明があり; <input type="checkbox"/> 診察後に退院となります 

* 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

上記の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

(続柄

)