

入院診療計画書

間質性肺炎:在宅酸素療法を導入される

様へ

入院説明日:

入院時の診断・病態  
慢性呼吸不全

診療科: 呼吸器内科

病棟:

月日(日時)	/	/	/	/	/	/	/	/
経過(病日等)	外来	入院日	2日目	3日目	4日目	5日目:退院決定	退院前日	退院日
目標	治療(検査)の目的を理解し同意している 入院準備ができる	酸素の必要性を理解され、酸素使用に同意して頂く 酸素の使用を理解できる	酸素の使用方法を理解し、実際行うことができる 酸素を使用した体の管理を学んでいく事ができる	酸素の使用方法を理解し、実際行うことができる 酸素を使用した体の管理を学んでいく事ができる	酸素を使用した退院の生活を考える事ができる	酸素を使用した退院後の生活に、自信を持つ事ができる	今後の治療方針の説明を受け納得ができる	今後の治療方針の説明を受け納得ができる 在宅酸素の準備が整う
処置・薬	常用しているお薬があれば、入院時にご持参下さい	酸素の値を測りながら量を調整していきます	6分間歩行 医師と酸素を使用して歩き、酸素の流量を決めます					
検査		血液検査 レントゲン 尿の検査 肺機能検査						
観察		入院時、検温を行います	10時・19時頃に検温を行います 何か変わった事や気になる事があれば、その都度知らせて下さい					退院前に検温します
活動			動かれる際には携帯酸素を使用します					
食事			治療食の方以外は制限ありません 食事変更・形態変更可能です					
清潔			状態によってシャワー浴、または清拭を行います					
排泄			制限はありません。トイレを使用してください。					
患者様及びご家族への説明・書類	日常生活について伺います 入院申し込み 禁煙の説明をします	・病棟の案内をします ・服用されている薬の確認をします ・医師から説明があります ・介護保険や身体障害認定の確認をします ・貴重品はご家族に預けるか金庫BOXに入れ、鍵はお持ちください	ビデオを見ます *家族の方にも一緒に見て頂きたいので、時間の調整を行います 理学療法士による、呼吸リハビリがあります	ご希望があれば、再度ビデオを見て頂けます 何か質問があれば遠慮無くお聞かせください			酸素の業者が来ます ご自宅への酸素の器械の設置などをお話します ご希望があれば再度ビデオを見て頂けます	退院療養計画書をお渡しします 薬は指示通り服用しましょう

上記の説明を受け、理解しましたので同意します

平成 年 月 日

説明医師:

印

受持ち看護師:

説明看護師:

患者または  
家族氏名:

注1: 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。  
注2: 入院期間については現時点で予想される期間です。ご了承ください。