











入院診療計画書：糖尿病教育入院

<<OREVF_A>> 患者氏名：<<ORIBP_KANJI>> 様

病名：糖尿病

症状：

<<DYTODAY>>

経過	入院当日	教育1～10日目	教育11日目～退院日
月日	/ /	/ / ~ #VALUE!	#VALUE! ~ / /
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 医師より説明を受け、入院の目的を理解することができる 	<ul style="list-style-type: none"> 血糖コントロールの必要性が理解できる 日常生活の注意点について知っている 薬の内容について知っている 	<ul style="list-style-type: none"> 合併症について知っている 家族と共に退院後の生活が理解できる
治療計画 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> 内服中の薬があればお知らせください 	<ul style="list-style-type: none"> 必要時にインスリン・内服薬を開始します インスリンや内服薬の説明があります 	
処置	<ul style="list-style-type: none"> 体温・血圧・酸素の値等測定します 血糖測定を行います 毎日朝食前に体重測定を行って下さい 	→	→
検査	<ul style="list-style-type: none"> 入院日に胸のレントゲン検査があります  	<ul style="list-style-type: none"> 入院中に、採血・検尿・蓄尿・腹部エコー・頸部血管エコー検査があります 必要に応じて胃カメラの検査があります 	
活動 安静度	<ul style="list-style-type: none"> 院内を自由に行動できます (運動療法は医師の許可が必要になります) 	→	→
食事	<ul style="list-style-type: none"> 体格や活動量に合わせた食事を提供します 	<ul style="list-style-type: none"> 決められた食事内容を守り、間食はしないようにして下さい 栄養士と一緒に食事について勉強しましょう (できれば、家族の方と一緒に聞いて下さい) 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での食事内容に疑問や心配なことがありましたら、看護師や栄養士にお話し下さい
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴ができます 必要時は体を拭いたりシャワー浴の介助を行います 		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 検査のために尿をためてもらう日がありますがそれ以外は制限ありません 		
教育 説明 指導	<ul style="list-style-type: none"> 主治医より治療計画の説明があります 糖尿病手帳・血糖の自己管理ノートをお渡しします 	<ul style="list-style-type: none"> 体重測定を毎日、朝食前に行って下さい 血糖測定ができるよう説明を行います 必要時はインスリンの手技について説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、薬剤師による服薬指導があります 
		<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病手帳を使用して糖尿病についてや合併症、日常生活の注意点について説明します 必要時はパンフレットやビデオなども使用します 	<ul style="list-style-type: none"> 火曜日～金曜日までの14時から糖尿病教室を行いますので参加して下さい 医師 - 糖尿病について 看護師 - フットケア 薬剤師 - 薬物療法について 栄養士 - 食事療法について 検査技師 - 検査値について 理学療法士 - 運動療法について 
特別な栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> 有 栄養状態に合わせた栄養管理を行います <input type="checkbox"/> 無		

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行くにしたがって、変わり得るものです。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

2014年7月作成 2014年10月改訂

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 糖尿病代謝内科 主治医：<<ORDCT_S_A>> ㊞ 担当医：<<ORDCT_T_A>> 看護師：<<ORDCT_N_A>> ㊞

上記について説明を受けました。 平成 年 月 日

患者氏名： _____ ㊞ (印鑑がない場合は自署)

親族氏名： _____ ㊞ (患者本人が未成年または親族の同意が必要な場合に記入)