TESTBarCodeControl 1111111111k999999999999999999999k0001EGMAN N0003N

@{Patient.ID}

入院診療計画書【ペースメーカー植込み術】

@{Patient.KatakanaName}
@{Patient.Name}
@{Patient.BirthdayJC}生（@{Patient.SexShortName}

病名（現在考えられるもの）：

@{System.SysDateAD}　@{User.SelectedDeptName}

	月　日	月　日		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	入院	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後5日目	術後7日目	退院予定
		手術前	手術後					
治療		【ペースメーカー植込み術】（　：　頃開始予定）						
			抗生剤点滴	抗生剤点滴	抗生剤点滴			
検査	心電図 胸部X線 血液検査		心電図 胸部X線	胸部X線 血液検査	胸部X線	胸部X線	ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ点検	
処置		点滴挿入		包交	点滴抜去		包交	
安静度	病院内自由		レントゲン確認までは ベッド上安静 以後トイレ歩行のみ可	レントゲン確認後 病棟内自由	レントゲン確認後、病院内自由			
			バストバンドにて患側の肩を固定					
食事	普通 特別な栄養管理の必要性 ☐ 有 ☐ 無	昼食止め	夕食より再開					
清潔	入浴可	入浴不可 （お体を拭かせていただきます。）			創部保護して シャワー浴可 （医師に確認後）	シャワー浴	シャワー浴	入浴可
トイレ	トイレ歩行							
医師からの説明	手術について説明 手術同意書							
看護	入院生活が安全で支障なく送れますよう、治療や検査などができるだけ不安なく受けていただけるようにご説明いたします。							
総合的機能評価	65歳以上の患者様、介護保険法に規定する特定疾病を有する40歳以上の患者様の評価については、総合的機能評価票で後日お知らせします。							

（入院期間や経過の内容・月日は目安ですので経過により変わります。）

@{System.SysDateAD}

主治医　@{User.Name}　印　　患者・家族氏名（署名）　　続柄（　）

主治医以外の担当者　受け持ち医師　印　説明看護師

その他（職種・氏名）

千葉市立海浜病院循環器内科