

尿路感染症地域連携バス（入院診療計画書・同意書）：尿路感染症の患者様へ

治療・検査の際、患者様の安全上、氏名等を確認させて頂く場合があります。ご理解の程お願い致します。

患者様用

(患 者 名)	<<ORIBP_KANJI>>	様	(病 名 1)	<<ORADM_DISEASE1>>
(主 治 医)	<<ORADM_SDOCTOR>>	印	(病 名 2)	<<ORADM_DISEASE2>>
(看 護 師)	<<ORDCT_N_A>>	印	(病 名 3)	<<ORADM_DISEASE3>>

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したがって変わります。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。



入院 期間	急性期病院（当院での治療）						
	<<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>>						～
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7～10日目
検査 処置	・身長、体重を測定します ・採血と尿検査を行います		・採血検査		・状態に応じて、採血、尿検査を行います		・治療継続目的で転院予定
治療 ・ 処置	・点滴を行います				・状態に応じて、点滴を継続します		
食事	・全身状態、検査に応じて食事していただきます ・必要に応じて、管理栄養士が栄養指導にうかがいます						
内服	・普段飲んでいるお薬の確認を行います ・医師の指示により、中止するお薬があります ・体調に合わせて、看護師が薬を配ります						
安静度	・発熱やふらつきがある場合には、安静にお過ごしください						
リハ ビリ	・必要に応じて、リハビリ（歩行訓練、日常生活訓練）を行います。						
排泄	・ポータブルトイレや尿器をご希望の方は、お知らせください ・尿量の測定を行います（尿のくさを、入れる場合があります）						
清潔	・発熱がある場合、入浴は控えてください ・必要に応じて、体を拭いたり陰部の洗浄を行います				・発熱がなければ、シャワーや入浴ができます（必要時、お手伝いをいたします）		
説明	・入院生活についての説明をします ・ <u>治療を継続するため、一般病院への転院調整を開始します。</u> ※ 当院は急性期病院であり、救急としての機能を維持するため、ご理解のほどよろしくお願い致します。		・転院先の病院、転院日について説明を致します（転院日までの目安は、7～10日です） ・点滴を行っている状態でも、転院する場合があります。 ・転院は、基本的に介護タクシー等を利用致します（費用は自己負担となります。）				
目標	・入院の必要性がわかる				・発熱がない		
	・点滴含め、十分な水分が摂取できる		・全身の清潔が保てる		・腎臓機能の悪化がない		

総合的な機能評価 (注3)	日常的な生活動作	☐ 問題なし	☐ 要精査または要経過観察
	認知機能	☐ 問題なし	☐ 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	☐ 問題なし	☐ 要精査または要経過観察

・特別な栄養管理の必要性
☐ 無
☒ 有（栄養状態に合わせた栄養指導を行います）



主治医の説明に納得し、同意致します。

令和 年 月 日

(患 者 名)

(患 者 代 理 人)

(自署の場合、印鑑不要です。)

(患者様が未成年または親族の同意が必要な場合、記載お願い致します。)

注3) この欄を使用する方は、65歳以上の予定入院患者様です。ただし、次の患者様は除かれます。

・一連の治療による2回目以降のがん化学療法で再入院する方、検査入院等の方など

連携医療機関		
入院		退院
検査 処置	・状態に応じて、採血、尿検査を行う場合があります	
治療 ・ 処置	・経過中に急変した場合は、急性期病院と連携します。 ・状態に応じて、点滴を継続します	
食事	・状態に応じた、食事ができます	
内服	・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください	
安静度	・特に制限はありません	
リハ ビリ	・リハビリを継続して行います	
排泄	・特に制限はありません	
清潔	・状態に応じて、清拭・入浴・介助浴などができます	
説明	・入院生活についての説明があります	・退院指導
目標	・日常生活動作が改善できる	

(医 療 機 関 名)

(主 治 医)

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和 年 月 日

(患 者 名)

(患 者 代 理 人)