(看護師)

## 尿路感染症地域連携パス(入院診療計画書・同意書):尿路感染症の患者様へ

ED

( 患 者 名 ) <<ORIBP\_KANJI>> 様 ( 病 名 ( 主 治 医 ) <<ORADM\_SDOCTOR>> 印 ( 病 名

<<ORDCT N A>>

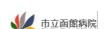
(病名 1 ) <<ORADM\_DISEASE1>> (病名 2 ) <<ORADM\_DISEASE2>>

( 病 名 3 ) <<ORADM\_DISEASE3>>

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。

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えるものです。

注2)入院期間については、現時点で予想されるものです。



退院

連携医療機関

・状態に応じて、採血、尿検査を行う場合があり

・経過中に急変した場合は、急性期病院と連携し

・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服

・状態に応じて、清拭・入浴・介助浴などができ

・状態に応じて、点滴を継続します ・状態に応じた、食事がでます

入院

ます

ます。

してください

特に制限はありません

特に制限はありません

・入院生活につい ・退院指導

・日常生活動作が改善できる

ての説明がありま

・リハビリを継続して行います

検査

処置

処置

食事

内服

安静度

リハ ビリ

排泄

説明

目標

清潔ます

患者様用

入院 期間	急性期病院(当院での治療)							
	< <cp_planstartdate_md_s>&gt;</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	
	・身長、体重を測定します	・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	
検査 処置	・採血と尿検査を行います							
处臣								
治療	・点滴を行います		- 81	・状態に応じて、点滴を継続します				
処置	0 0 10 0 10 0 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
	・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							
食事	・必安に応して、官性不食エル不食担待にフルがいより							
14.7								
	・普段飲んでいるお薬の確認を行						122	
内服	・医師の指示により、中止するお				23.			
	・体調に合わせて、看護師が薬を	配ります						
	<ul><li>発熱やふらつきがある場合には、</li></ul>	、安静にお過ごしくだる	さい こうしゅう					
定静度							(0.0)	
	・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。							
リハ							<b>6 9 6</b>	
ビリ								
						€		
	・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							
排泄	・尿量の測定を行います(尿のくだを、入れる場合があります)							
	・発熱がある場合、入浴は控えて	ください	•	・ 登執がかけれげ シャ	ワーや入浴ができます(』	X亜時 お手伝いをいた	=1.±at)	
清潔	・必要に応じて、体を拭いたり陰			カボの ないればい フト	J 1-7/10/2 C2& 9 (4	5-9-1, 03-1-12V-12V-1	[ 6	
/FI/K							V	
	・入院生活についての説明をしま	<u>ਰ</u>		<ul><li>・転院先の病院、転院日</li></ul>	について説明を致します	(転院日までの目安は、		
説明	・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。			・点滴を行っている状態でも、転院する場合があります。				
	※ 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			・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。)				
	しくお願い致します。							
	・入院の必要性がわかる			・発熱がない				
目標								
総合的	コな機能評価 日常的な生活動作		査または要経過観察	<ul><li>特別な栄養管理の必要性</li></ul>				
	認知機能	□ 問題なし □ 要精	査または要経過観察	□ 無				

回新語を成分		
b)		į

(注3)

主治医の説明に納得し、同意致します。

(患者名)

(患者代理人)

令和 年 月 日

気分・心理状態 □ 問題なし □ 要精査または要経過観察

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

(自著の場合、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。)

☑有(栄養状態に合わせた栄養指導を行います)

(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

(患者名)

(患者代理人)