

ID: <<PATIENTNO>>

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

(患者名)

<<ORIBP_KANJI>>

様

(主治医)

<<ORADM_SDOCTOR>>

印

(看護師)

<<ORDCT_N_A>>

(在宅復帰支援担当者)

<<SUPPORTSTAFF>>

(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（尿のくだを、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			
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			

・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。）

在宅復帰支援計画

・日常生活動作が維持できるような環境設定や介助方法の支援に努めます



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)

患者本人との続柄

() (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。)

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 
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)