


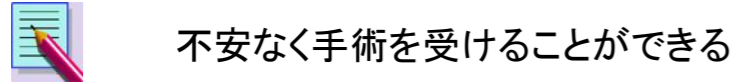
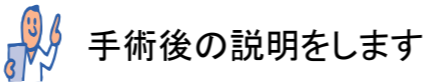
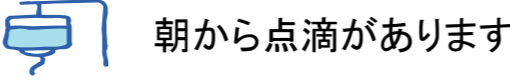
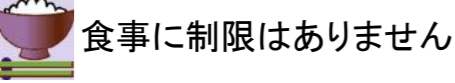

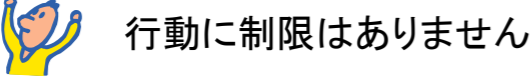
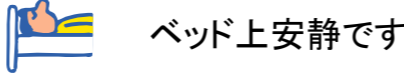
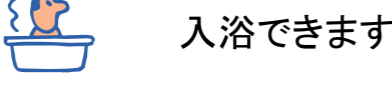
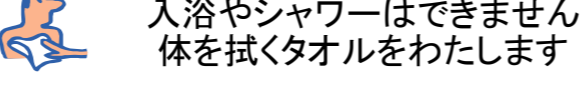

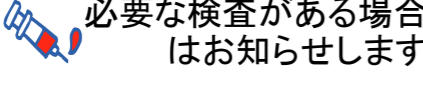
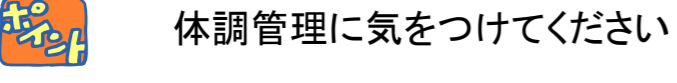
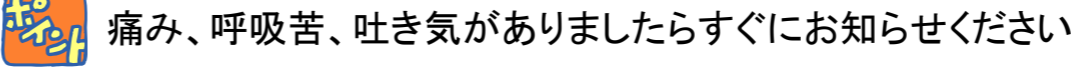
「入院診療計画書」

様 (西・東病棟 階 A・B 号室)

傷病名:顎変形症

検査・術式名:

症状:

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院 ~手術前日まで		術前  術後	手術翌日~	
到達目標			苦痛を訴えることができる	痛みや発熱による苦痛がなく経過できる	痛みがなく食事が摂取できる
説明	入院生活や手術について説明があります			うがいや食事、ゴムによる顎間固定について説明があります	
治療・処置	手術前日に麻酔科医の診察があります		手術		経管栄養用のチューブを抜きます
内服・点滴	手術前日のみ、睡眠薬の内服があります			抗菌薬の点滴をします	
食事				経管栄養食が始まります	状態に合わせた食事ができます 
生活・行動					
清潔					入浴できます 
検査				血液・X線撮影があります	血液・X線撮影があります
その他					

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めて行くに従って変わることがあります。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

特別な栄養管理の必要性 有・無

在宅復帰支援計画 無・有()

総合的な機能評価 無・有()

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

年 月 日

医師名

担当者以外の担当者

在宅復帰支援担当者

本人・家族氏名

岩手医科大学附属病院 口腔外科