

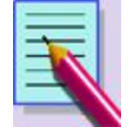

















「入院診療計画書」

様 (号室)

傷病名:()埋伏歯

症状:

検査・術式名:埋伏歯抜歯術

日付	月 日	月 日	月 日 ~ 月 日
経過	入院 ~手術前日まで	術前	手術当日 術後
到達目標	 不安なく手術を受けることができる	痛みや出血がない	痛みや出血がなく退院できる 
説明	入院生活や手術について説明があります	 手術後の説明があります	退院後の説明があります(生活の注意点、再来日、異常症状出現時の対応など)
治療・処置	手術前日に麻酔科医の診察があります	埋伏歯抜歯術	
内服・点滴	手術前日のみ、睡眠薬の内服があります	 朝から点滴があります	抗菌薬の点滴があります  内服薬がある場合があります
食事	 米飯が出ます	 飲食はできません(術後可能なときもあります)	状態に合わせた食事ができます 
生活・行動	行動に制限はありません	 ベッド上安静です	 状態を見て病棟内の歩行ができます  行動に制限はありません
清潔	 入浴できます	 手術当日のみ入浴やシャワーはできません(手術翌日は入浴可能です)	入浴できます 
検査	 必要な検査がある場合はお知らせします	 血液検査があります	血液・X線検査がある場合があります
その他	 体調管理に気をつけて下さい	 手術後痛みや出血がある時はお知らせ下さい	

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

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター