

# 【 入院診療計画書 : 糖尿病教育入院(1週間) 】

ID


【 病名： 糖尿病 】 氏名 様

【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。】

【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】

【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注：病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

| 経過     | 入院 1日目                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 入院 2日目                                                                             | 入院 3日目                                                    | 入院 4日目                                                                         | 入院 5日                            | 入院 6日目                                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目標     | 退院後の生活改善に向けての目標を立てることができる                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                           |                                                                                |                                  |                                                                                                |
| 食事     | <b>病院から提供されるもの以外は食べられません。水・お茶・ブラックコーヒーは持ち込み可能です。</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                                                           |                                                                                |                                  |                                                                                                |
| 検査     | 便潜血検査があります<br>採取できたら声を掛けて下さい                                                                                                                                                                                                                                                              | 採血による血糖測定があります<br>7:30、10:00、11:30<br>14:00、17:30、20:00<br>翌日朝 3:00<br>朝のみ尿検査もあります | 24時間蓄尿による<br>尿検査                                          |                                                                                | 起床時、<br>採血・採尿があります               |                                                                                                |
| スケジュール | 午前                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    | 10:30(約10分)<br>DVD鑑賞(栄養士)<br>*食事療法について<br>*食事の話・アルコールについて | 10:30(約10分)<br>DVD鑑賞(理学療法士)<br>*運動療法について<br>*運動の話                              |                                  | 10:00(約40分)<br>DVD鑑賞(看護師)<br>*糖尿病合併症<br>*歯周病について<br>*喫煙について                                    |
|        | 午後                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 14:00(約30分)<br>DVD鑑賞(看護師)<br>*糖尿病の基礎知識<br>*糖尿病の治療法<br>*糖尿病の薬物療法(概論のみ)              | 14:30<br>DVD鑑賞(看護師)<br>*フットケアについて                         | 13:30(約55分)<br>DVD鑑賞(薬剤師)<br>*薬物療法について<br>*シックデイ・低血糖について<br>*インスリンについて<br>*薬の話 | 14:00~16:00<br>(医師・栄養士)<br>糖尿病教室 | 14:30(約20分)<br>DVD鑑賞(検査技師)<br>*糖尿病の検査について<br><br>15:30<br>まとめの話(看護師)<br>*災害時の対応<br>※各自お部屋で行います |
| 安静度    | 院内フリー(病棟を離れる際は必ずスタッフへ声を掛けて下さい)                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                           |                                                                                |                                  |                                                                                                |
| 説明指導   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時オリエンテーション</li> <li>・持参薬の確認</li> <li>・ウロゼント使用方法</li> <li>・体重測定(毎朝朝食前)</li> <li>・血糖測定時間</li> <li>・散歩カードの説明</li> <li>・シャワー室の使い方</li> <li>・翌日の採血の説明</li> </ul>  | ・24時間蓄尿検査の説明                                                                       |                                                           |                                                                                | ・低血糖・シックデイ時の対応について               | ・シックデイ時の対応理解度                                                                                  |

|                                  |  |     |       |   |       |   |   |   |
|----------------------------------|--|-----|-------|---|-------|---|---|---|
| 上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。 |  |     | 同意年月日 |   | (西暦)  | 年 | 月 | 日 |
| 本人/親族<br>または代理人(続柄)              |  | 主治医 |       | 印 | 説明看護師 |   |   |   |