

ネーザルハイフロー導入【入院診療計画書】

患者様氏名：	ID：	病棟： 階	診療科： 呼吸器内科
病名：	症状：	主治医署名：	印
手術内容： 予定なし	推定入院期間： 3日間	特別な栄養管理の必要性： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	説明日/説明立ち会い者： 月 日/

経過	外来～入院前日	入院当日	入院2日目	入院3日目（退院日）
		/ ()	/ ()	/ ()
目標	在宅ハイフローセラピーの意義を理解できる。	●指導内容を理解できる。 ●正しいネーザルハイフローの操作を習得できる。		●退院後の生活について理解できる。 ●ネーザルハイフローの使用方法がわかる。
検査	入院前に血液検査・胸部レントゲンの検査をします。	就寝前に血液検査をします。 就寝中はモニターを装着します。	起床後と就寝前に血液検査をします。 就寝中はモニターを装着します。	起床後に血液検査をします。
治療		ネーザルハイフローを装着し、ハイフローセラピーを開始します。 		
		酸素の評価を行います。（身体の酸素必要量を測定し、就寝時の酸素量を評価します。）		退院前に酸素量が決定します。
安静 排泄	病院内において制限はありません。（※酸素吸入が必要な場合は、気をつけて移動しましょう。）			
栄養	食事制限はありません。（医師の指示により変更になる場合があります） 			
清潔	入浴可です。	シャワー可です。		
看護		●体温・血圧・酸素飽和度・脈拍・呼吸数を測定します。呼吸が苦しくないか、体調が悪くないか、観察をします。 ●不眠時、常備薬がない場合は看護師にお伝え下さい。 ●入院生活や治療でわからない事などがありましたら、ご遠慮なく看護師にお尋ねください。 		
内服	●現在飲まれているお薬を準備して下さい。 目薬や湿布などの貼り薬も含めてです。※忘れた場合はお家まで取りに帰っていただく場合があります。 ●お薬手帳と処方箋も必ず持参してください。	●いつも内服している薬を持参して下さい。 ●中止薬の指示がある場合は中止されていたか確認します。 ●中止する薬以外はいつも通り内服します。 ※看護師と一緒に内服を確認し、準備を行います。 		
説明 指導		●この入院診療計画書を必ず持参ください。 ●治療後も安静が守れないなどの理由により付き添いをお願いすることがあります。		●退院・次回外来予約の確認を行います。 ●帰宅後の注意点について説明します。 ●退院後に、業者による機器使用説明があります。

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになられたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日	年 月 日	患者氏名	説明を聞いた親族等の氏名
-------	-------	------	--------------