診療録用

入 院 診 療 計 画 書（クリニカルパス）

評価教育入院（入院診療計画書）される方とご家族の方へ

病　名	
入院目的	評価教育入院
入院年月日	
説明年月日	
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医以外の担当者名	

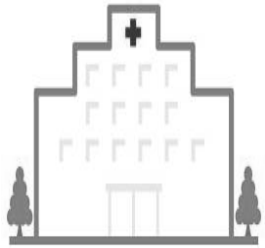
・この予定は現時点で考えられるものであり、変わることがあります。
・ご不明な点がありましたら、お尋ねください。
・以下の内容について医師・看護師より説明を受けました。

この用紙は入院当日忘れずにお持ちください

20　年　　月　　日

患者氏名：

家族氏名：　　（続柄：　　）



患者番号
氏　　名
生年月日
性　　別
病 棟 名

経　過	入院日　（　　月日	2日目（　　月　　日）	退院日（　　月　　日）
検　査	＊必要な検査を行います（　　）	＊必要な検査を行います（　　）	
処　置	＊自宅で行っている処置を継続します。 ＊ご家族と医師・看護師と一緒に全身の観察・確認をさせていただきます。	＊必要に応じて体重を測定します。 ＊ご家族と医師・看護師一緒に全身の観察確認をさせていただきます。	＊必要に応じて体重を測定します。 ＊ご家族と医師・看護師一緒に全身の観察確認をさせていただきます。
病状理解	＊自立支援チェックリストを用いて病状理解を確認します。 ＊学習入院の目的、目標について確認します。 ＊患者さんが知りたいこと、身につけたいことを確認します。		
医師からの説明	＊患者さん本人に病状説明を行います。		＊患者さん本人に検査、病状説明を行います。
病状理解確認	＊医師から説明後の受け止め状況を確認します。		＊再度チェックリストを用いて病状理解を確認します。
薬剤	＊必要に応じ薬剤指導を行います。	＊必要に応じ薬剤指導を行います。	
栄　養	＊必要に応じ栄養指導を行います。	＊必要に応じ栄養指導を行います。	
福祉相談	＊成人期必要な医療制度のご案内をします。	＊成人期必要な医療制度のご案内をします	＊成人期必要な医療制度のご案内をします