

過 有
敏 症
無

診 療 録

公費負担者番号								保険者番号	0	1	1	3	4	5	6	7									
公費負担医療の 受給者番号								記号・番号																	
受 診 者	氏 名	桜井 晴人						有効期限	平成 年 月 日																
	生年月日	明大(平) 2年 1月 21日 (男)・女						被保険者氏名																	
	住 所	東京都国立市東9-8-7 電話 042-501-6543						資格取得	昭・平 年 月 日																
	職 業	会社員	被保険者 との続柄	本人			保険者	所在地																	
傷 病 名		職務	開	始	終	了	転	帰	期間満了予定日																
虫垂炎		上・外	26年	11月	17日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
既往症・原因・主要症状・経過等									処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等																
26.11.17 夜中2時30分頃から心窩部痛、その後右下腹部へ移動。 段々痛みが強くなったため、4時頃緊急外来にて受診。 右下腹部に強い圧痛、筋性防御あり 4時20分～検査、画像診断施行 X-P：イレウスなし CT：異状なし 白血球：13,400 CRP：6.0 KT37.2℃ 嘔吐5回 診察の結果虫垂炎と判断。緊急入院。 既往歴：なし 入院歴：なし 手術歴：なし 看護師と共同して入院診療計画を策定し、 文書を交付して説明。 手術同意書を貰う。 4時50分～ 虫垂切除術施行 術後痛みを訴えたため、鎮痛剤注射。 禁食 麻酔前の診察：問題なし（麻酔科医／朝野 智宏）									26.11.17 U-検 B-末梢血液一般、ESR B-CRP B-AST、ALT、LD、BUN、Crea、Na、Cl、K、Amy、BS B-HBs抗原定性、HCV抗体定性 腹部デジタルX-P（画像記録用大角3枚） 腹部CT（画像記録用大角3枚） 洗腸（グリセリン洗腸「オオタ」60） 腰椎麻酔（4:45～5:15） 硫アト 1mL ヘルカミンエス 3mL 点滴 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">5%G</td><td>500mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">ラクテックG</td><td>500mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">トランサミン注5%</td><td>5mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">ペントシリン注射用</td><td>1.0</td></tr> </table> 腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わない） イソジン液100mL iM ペンタジン注射液30mg1A									5%G	500mL	ラクテックG	500mL	トランサミン注5%	5mL	ペントシリン注射用	1.0
5%G	500mL																								
ラクテックG	500mL																								
トランサミン注5%	5mL																								
ペントシリン注射用	1.0																								
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見						入 院 期 間																	
		意見書に記入した労務不能期間			意見書交付																				
		自	月	日	年	月	日	自	月	E	日間														
		至	月	日	年	月	日	至	月	E	日間														
		自	月	日	年	月	日	自	月	E	日間														
		至	月	日	年	月	日	至	月	E	日間														
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																									
備 考	〇〇棟△△階×××号室入院						公費負担者番号																		
							公費負担医療の 受給者番号																		

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>26.11.18 創部異状、出血、イレウス、吐気（-） 昨日よりは痛みは治まってきた 朝・昼5分がゆ、夕7分がゆ ガス自発（+） 白血球：10,200 CRP：3.3</p>	<p>26.11.18 iM ペンタジン注射液15mg1A 術後創傷処置「1」 点滴 [5%G 500mL] ペントシリン注射用 1.0（朝、夕2回） B-末梢血液一般、CRP</p>
<p>26.11.19 創部異状なし、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,400 CRP:0.7</p>	<p>26.11.19 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.20 創部異状なし、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,200 CRP：0.2</p>	<p>26.11.20 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.21 創部異状、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,100 CRP:0.1 明日退院予定、退院後の生活について指導。 →急に無理をしたりせず、様子を見ながら徐々に 動くようにする。</p>	<p>26.11.21 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.22 創部異状なし、予定通り本日退院。 朝のみ常食 退院後は外来にて診療継続。（担当：笠井） 次回1週間後来院。</p>	<p>26.11.22 処置 do Rp ロキソニン60mg錠 3T ケフレックスカプセル250mg 3C 3分 ×7TD （退院時処方） 医療機関名：高沢総合病院 住所：東京都新宿区西新宿1001 電話番号：03-0000-0000 医師：笠井 顕良（外科） 朝野 智宏（麻酔科）</p>

退院療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印