

# 入院診療計画書(ステロイドセミパルス療法を受けられる方へ)

suteroido

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様

症状

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

担当医師@USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	入院 /	/	退院 /
経過	 治療 1 日目	治療 2 日目	
目標	治療の内容について理解することができる 普段と異なる症状が出現した際には、症状を伝えることができる		退院後の生活の注意点が理解できる
検査 処置	○身長と体重を測定します。 ○必要に応じて入院時の検査があります。 	 <b>皮膚の赤み・痒みなどの皮膚症状や、発熱、頭痛、動悸などの症状がある時は、すぐに医師または看護師へお知らせ下さい。</b>	
観察	○体温、脈拍、血圧などを測定します。 ○点滴を行った後の副作用の症状がないか観察していきます。		○医師の回診時に症状の確認をします。 
注射	○入院時から3日目までステロイドの点滴を行います。 ○1日1回の点滴のため点滴の針は抜かず腕にまとめて固定しておきます。		○点滴が終了しましたら点滴の針を抜きます。
内服	○薬剤師が内服中の薬を確認をします。飲んで内服薬は入院時にすべて看護師か薬剤師にお知らせ下さい。 ○入院中は医師の指示にそって内服してください。 	 <b>マスクの着用、手洗いがいをしっかり行い、感染予防に努めましょう。</b>	
食事	○間食は禁止です。		
行動	○活動の制限はありません。病棟を離れる際は、スタッフへお声かけください。 ○シャワー浴できます。 		
説明	○医師から治療の説明があります。 ○看護師から入院生活について説明があります。 		○医師と看護師から退院後の生活について説明があります。

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.281) 承認月日 (2018年12月3日)

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名 :

続柄 :