

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)

steroiido

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	 <p>治療 1 日目</p>	<p>治療 2 日目</p> 
目標	<p>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</p>	
検査 処置	<p>○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。</p> 	<p>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。</p> 
観察	<p>○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。</p>	<p>○医師の回診時に症状の確認をします。</p> 
注射	<p>○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。</p>	
内服	<p>○薬剤師が内服中の薬を確認をします。飲んでいる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。</p> 	
食事	<p>○間食は禁止です。</p> 	<p>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。</p> 
行動	<p>○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。</p> 	 
説明	<p>○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。</p> 	<p>○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。</p>

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：
-----	-----