

入院診療計画書 ステロイドパルス療法 を受けられる パス テスト001 様へ 病棟 病室

患者番号 0008985093

主治医氏名 :		印	
主治 医以 外の 担当 者 氏名	担当医師 :	* 患者または代理者同意署名	
	看護師長 :	年 月 日 氏名	
	管理栄養士 :	* 代理署名の場合 患者との続柄 ()	
	担当看護師 :		
病名 :		手術 : なし	
症状 :		特別な栄養管理の必要性 : あり ・ なし	
入院治療の目標(達成目標)		治療の必要性が分かる。	合併症状が分かり、症状を認めた時は医師・看護師に伝える事が出来る。
推定入院期間	1日目(入院日)	2日目	3日目(退院日)
注射・内服	・1日1回、ステロイドの点滴を行います。 ・入院時、内服している薬があれば看護師が確認しますので教えてください。 ・必要な薬は内服の指示があります。		→
検査	入院時、血液検査・レントゲン・心電図を行います。		
処置	特にありません。		→
教育・説明・指導	主治医から本人・ご家族へ、入院についての説明があります。 看護師から、入院中の注意点について説明があります。		・主治医・看護師より、退院後の生活の注意点について説明があります。 ・再診日は医師と相談し予約を取ります。
安静度	特に制限はありません。		→
食事	入院中はすべて普通食です。(治療食のある方はお知らせください。)		
排泄	特に制限はありません。		→
清潔	シャワー浴ができます。体を拭くこともできます。		→
リハビリ	なし	なし	なし
その他	なし	なし	なし

*病名等は、現時点で考えられるものとなりますので、今後検査を進めていくうえで変更される可能性があります。
*入院期間については、現時点での予想となっており、状態に応じ予定が異なることも考えられます。
*何か質問がある際は医療者にお尋ね下さい。