

入院診療計画書 「ステロイドパルス療法を受けられる

さんへ」

(病名) 円形脱毛症

(症状) 脱毛

日 (ご本人・ご家族)

確認サイン

経過	入院当日	入院2日目	入院3日目～退院
月 日	/ /		/ ~ /
到達目標	マスクの着用・手洗いうがいなど感染予防行動励行できる。		
治療処置	入院中は毎日病室で診察があります。 ステロイドの点滴を行います。 毎食前・眠前に血糖測定を行います。		
手術	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (術式:)		
検査	/		
薬剤	日頃飲んでいる薬があればお知らせください。 	/	
全身管理症状	体温・脈拍・血圧を測ります。 身長・体重を測ります。 今までかかったことのある病気や合併症について伺います。	毎朝朝食までに体温を測ります。 	
食事	特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・お身体の状況に応じて栄養状態を良くするための支援を行います ・普通食または治療食です	/	
安静	感染予防対策のため室外への移動はお控えください。		
清潔	入浴していただきます。(点滴刺入部は保護します) 		
患者・家族への説明	入院診療計画書・看護計画書について説明を行います。 看護師が病棟を案内します。 ステロイドに関する説明を行います。 ステロイドを使用しますのでマスクの着用・手洗いうがいなど感染予防行動を励行してください。 治療・福祉などの相談がある場合は、看護師か相談員にお尋ねください。	退院後の生活の注意点や退院手続きの説明があります。原則として、退院は平日は午前中、土・日・祝日は午後からお願いします	

※症状により、予定と異なる場合があります。分からないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ね下さい。

※なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。

(病棟 号室) 主治医

印 担当看護師署名

担当者署名