

带状疱疹パス 入院診療計画書

DEY100

| | | | |
|--------|----------|---|---|
| 患者ID | 主治医 | 病名 | 説明日 |
| 患者氏名 | (性別) 担当医 | 管理栄養士 | 症状 <input type="checkbox"/> 事前検査による異常所見 |
| 生年月日: | (年齢) 看護師 | 特別な栄養管理の必要性 | <input type="checkbox"/> 患部の自覚症状 |
| 病棟(病室) | 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | () |

| 月日 | 入院日 | 入院2~7日目 | 退院日 |
|------------------------|---|---|---|
| 患者目標 | 不安なく治療を受けることができる | 日常生活に支障がない状態で退院を迎えることができる | |
| 治療 処置 注射 (内服) | 現在使用している薬をすべて確認します (現在中止している薬も含む) 入院中に使用する薬について説明します アレルギーの有無等を確認します 点滴をします  | 1日3回点滴をします  | 朝から点滴をします 終了後に針を抜きます 退院時に処方がある場合は、薬剤師からお渡しします(不在の場合には看護師からお渡しする場合があります) |
| 検査 | 必要時、血液検査等を行います(検査がある場合は事前にお知らせします) | | ネームバンドを外します |
| 食事 | 常食(必要に応じて治療食)です | | 体温計を回収します |
| 排泄 | 制限はありません | | 退院後の過ごし方、次回外来について説明をします 次回外来予約票と診察券をお渡しします |
| 清潔 | シャワー浴ができます (必要な場合はお手伝いをします) | | 会計担当者が、お部屋へ伺います(開院日) 会計の説明を聞いてからの退院となります (状況によっては、多少お待ち頂く場合がございます) |
| 活動 (安静度) | 制限はありません | | |
| 説明 (指導) | 入院生活や治療について説明します 義歯・補聴器があるかを確認します ネームバンドを装着します 痛い時や気分が悪い時などは看護師にすぐにお知らせください |  |  |
| その他 | 毎日医師の診察があります | | |

※転倒転落・せん妄リスクが生じる場合は、適宜観察し対応させていただきます。

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

※上記の内容は状態によって変更する場合があります。変更の際は、その都度お伝えします。

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

説明を受けた人: 続柄

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(本人・家族) ()

皮膚科パス: