



# ステロイドパルス療法を受けられる 患者さん (入院診療計画書)

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

経過	入院日 ( / )	入院2日目 ( / )	入院3日目 ( / )	退院日 ( / )
患者目標	治療中はベッド上で安静に過ごします。	治療中はベッド上で安静に過ごします。	治療中はベッド上で安静に過ごします。	治療終了後の体調に問題がないことが確認できれば、退院可能です。
治療・処置	( )時より、点滴を行います。 治療開始から血圧等のバイタルサインの測定を30分ごとに行います。	昨日と同様の治療を行います。	昨日と同様の治療を行います。	治療終了後は点滴を抜針します。
活動	治療が開始されれば、終了時まで基本的ベッド上で過ごしてください。 トイレ歩行は構いません。	治療が開始されれば、終了時まで基本的ベッド上で過ごしてください。 トイレ歩行は構いません。	治療が開始されれば、終了時まで基本的ベッド上で過ごしてください。 トイレ歩行は構いません。	病棟内は自由です。
食事	治療中も食事は変わりません。			
清潔	点滴部を保護してシャワーは出来ます。	点滴部を保護してシャワーは出来ます。	点滴部を保護してシャワーは出来ます。	お風呂に入れます。
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <input type="checkbox"/> 主治医より治療の説明があります。 ステロイド・シクロスポリン・プログラフの内服 <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる場合は、一時中止となります。 <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します。(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します。(有・無)	<input type="checkbox"/> 尿検査があります。 ステロイド・シクロスポリン・プログラフの内服薬を飲んでいる場合は、一時中止となります。	<input type="checkbox"/> 尿検査があります。 ステロイド・シクロスポリン・プログラフの内服薬を飲んでいる場合は、一時中止となります。	<input type="checkbox"/> 尿検査があります。 <input type="checkbox"/> 退院決定時は次回外来の説明をします。 <input type="checkbox"/> ステロイド・シクロスポリン・プログラフの内服薬を飲んでいる場合は、再開します。 

主担当医氏名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 主担当医以外の担当者: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日 上記の説明を受けました。  
 患者・家族サイン: \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

メモ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_