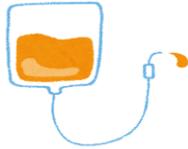


# 食物負荷試験（日帰り）の患者さん（入院診療計画書）

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: 食物アレルギー 症状: 食物アレルギー

経過	入院日 ( / / )		
	検査前	検査中	検査後
患者目標	安全に負荷食品が摂取できる	不安なく検査を進めましょう	負荷食品の摂取可能量が予測できる
治療・処置	熱や血圧を測ります 必要に応じて酸素のモニターを手または足の指につけます 	アレルギー症状の出現時は、担当医の指示により必要な治療をします <input type="checkbox"/> レボセチリジンの内服 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> エピネフリンの筋肉注射 <input type="checkbox"/> 酸素の吸入 <input type="checkbox"/> 点滴 	
活動	検査中以外は歩行自由です	負荷試験中はベッド上安静です トイレ歩行時は必ず保護者が付き添ってください	病棟内は歩行自由です
食事		負荷試験終了まで水分(水・お茶)のみ飲めます 担当医の許可確認後、軽食(おにぎり又はおかゆ)が食べられます	
清潔			
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <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"/> 退院後の生活上の注意について、担当医から説明があります
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: _____ _____

2018/10/17 作成  
2020/9/30 改訂