

# 入院診療計画書(生食注入)

ID番号 @PATIENTID  
 病名(他に考える病名) 亜急性硬化性全脳炎

氏名 @PATIENTNAME 様

症状 不随意運動

@PATIENTWARD 病棟








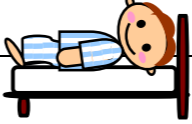

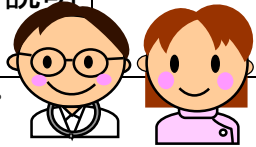
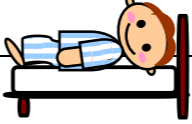
@PATIENTROOM

担当医師@USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日
経過			退院 
目標	明日の検査に向け体調を整えましょう。 	安心して検査を受けましょう。	合併症がなく、退院日を迎えましょう。
検査		血液検査があります。 髄液検査・リザーバー内生食注入があります 	
処置		検査前に点滴をします。 検査した部位には絆創膏を貼ります。 検査後に点滴を抜去します。 	絆創膏をはがします。
観察	検温を行います。		
注射		検査時に点滴から眠くなるお薬(麻酔)を使用します (その際に酸素を使用することがあります)	
内服	薬剤師と看護師が持参薬の確認をします。 持参薬の服用は医師の指示に従ってください。		
食事	主治医の指示があれば食事は可能です。	検査の3時間前から絶食となります。 	
行動	夕方に診察がありますので、病室内でお過ごしください。	髄液検査後は1時間臥床で過ごして下さい。麻酔から覚めるまではモニターをつけます。覚醒後はベッド上で飲水が可能です。 	
説明	看護師より、入院生活に関する説明、病棟内の案内をします。検査について、主治医、看護師より説明があります。 	安静にしてください。 	退院後の注意点についてお話しします。 次回外来予約票と退院時処方を受け取り退院です。

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
 注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.189) 承認月日 (平成26年6月23日)

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名:

続柄:

