

入院診療計画書（水疱症の治療を受けられる患者さまへ）

ID番号 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様 @PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室

病名（他に考える病名）

症状

担当医師

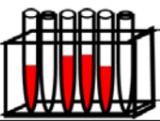
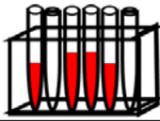
@USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@sysdate

月日	入院日～ 14日目頃 (/ / ~ / /)	14日目頃～ 28日目頃 (/ / ~ / /)	28日目頃～42日目頃 (/ / ~ / /)	42日目頃～56日目頃 (/ / ~ / /)	退院日 (/ /)		
目標	入院生活について理解できる。創部のケアの必要性を理解し、苦痛少なく処置を受けることができる。	治療薬の副作用や長期の入院が及ぼす影響について理解できる。感染徴候無く、皮膚の状態が改善傾向となることができる	感染徴候無く、皮膚の状態が改善傾向となることができる	内服薬の自己管理ができる。日常生活の注意点について理解できる。			
観察	体温・血圧・脈拍を1日2回測定します。血糖を1日4回測定します。口腔内の感染予防や皮膚トラブルの軽減のため、口内の観察を行います。				お大事に!		
検査	PSL（プレドニン）の量を調整するための採血を行います。必要に応じて骨塩定量検査やレントゲン検査を行います						
治療	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>採血</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>採血</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>採血</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>採血</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PSL(プレドニン)</p> <p>60 mg</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>減量</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PSL</p> <p>mg</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>減量</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PSL</p> <p>mg</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>減量</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PSL</p> <p>30 mg</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center; color: blue;"> 皮膚の状態に応じて、ステロイドの点滴による治療や、血液製剤を使用した治療も考慮されます。 </div>						
処置・保清	毎日、入浴の後に創部の処置を行います。 ※皮膚状態の観察のために皮膚の写真を撮らせて頂くことがあります。		皮膚の状態に応じて、処置の頻度が少なくなります。				
生活・行動	患者様の状態に合わせて、安静度が制限されることがあります。食事は、既往歴や嚥下状態により、患者様に合わせた特別食になる場合があります。長期入院による筋力低下の予防のため、入院時からリハビリが開始されます。						
説明	医師から、ご本人とご家族へ治療の説明があります。看護師から入院の説明があります。薬剤師から、PSLの副作用について説明があります。持参薬の確認をさせていただきます。	看護師からご本人とご家族へ「天疱瘡・類天疱瘡」のパンフレットを使用した説明があります	希望時は、入院費用や特定疾患の申請等について、病棟事務から説明を受けることができます。		ご本人とご家族へ栄養士から栄養指導があります	看護師から退院後の日常生活の注意点について説明があります。	退院後も処置が必要な場合は処置指導を行います

退院後、患者様に必要な社会資源について一緒に検討、調整していきます。

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.304-2) 承認月日 (令和 2年 3月 9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: