

入院診療計画書（水疱症の治療を受けられる患者さまへ）

I D 番号 @PATIENTID ' @PATIENTNAME @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 その他担当者名 @SYSDATE

月日	入院日～ 7日目頃 (/ ~ /)		7日目頃～ 14日目頃 (/ ~ /)		14日目頃～21日目頃 (/ ~ /)		21日目頃～27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。									
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	PSL(プレドニン) 40 m → 減量 → PSL mg → 減量 → PSL mg → 減量 → PSL 30 mg 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。									
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。									
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。									
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。									

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。
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。 福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.304-1) 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：