

带状疱疹で入院治療される患者様へ（入院診療計画書）

皮-1.12-1

氏名 \_\_\_\_\_ 様

病名： 带状疱疹 症状： 紅斑・丘疹・水疱・びらん・痛み

年 月 日

入院病日・経過 (月 日)	入院当日	2日目	3日目	4日～	退院日	退院療養計画書
目 標	痛みは我慢せずに、看護師へお伝えください。 何か変だと感じたことはすぐに看護師へお伝えください。 治療に対して不安・心配なことがあれば看護師にお尋ねください。					☆退院基準☆ 急性期の皮疹が改善  月 日
食 事	希望でお粥に変更できます。 看護師にお伝え下さい。 					・旭川赤十字病院皮膚科外来にて通院治療を行います  ・その他
活 動	活動に制限はありませんが、できるだけベット上安静をお願いします。 					
清 潔	入浴又はシャワー浴ができます。 お一人で入浴できない方は、看護師が体を拭きます。 					退院後の療養上の留意点  ・薬を内服している方は、処方通り内服してください  ・その他
症 状	痛みがある方は看護師にお伝え下さい。					
点滴・注射	1日（2回・3回）点滴をします。 点滴は7日間の予定です。 					
内服薬	入院前に飲んでいた常用薬を看護師に渡して下さい。 医師の指示により中止となる薬があります。 					
検 査	必要時レントゲン 心電図 採血 採尿をとります    					保健医療サービス又は福祉サービス
処 置	リストバンドをつけます。 医師の指示により、軟膏の処置を行います。 					<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他
指 導	薬剤師から服薬指導があります。 特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無  	40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。				
説 明	看護師から入院の説明があります。  					その他
観 察	血圧・脈拍・体温測定をします _____ →					

注) 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 \_\_\_\_\_ 印

旭川赤十字病院 7階みなみ入院フロア

主治医署名 \_\_\_\_\_

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者  
 看護師 \_\_\_\_\_  
 薬剤師 \_\_\_\_\_  
 栄養士 \_\_\_\_\_