

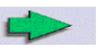
带状疱疹で入院治療される患者様へ（入院診療計画書）

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	退 院 日 (予定) 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。 					退院後の治療計画 ・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。 					
症 状	痛みがある方は看護師にお伝え下さい。					退院後の療養上の留意点
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。 					・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
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 (有) ・ 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 _____
主治医以外の担当者 _____
看護 師 _____
薬 剤 師 _____
栄 養 士 _____

旭川赤十字病院 7階みなみ入院フロア

本人署名 _____

代理人署名 _____

(患者との続柄: _____)

※ 患者の署名がある場合には家族などの署名は不要