










顔面神経麻痺の治療を受けられる患者様へ(入院診療計画書)

耳-5.11-1

氏名 _____ 様

病名 左・右 顔面神経麻痺 症状

入院病日・経過 (月 日)	入院当日・1日目	2日目～7日目	8日目～退院前日	退院日
目標	◇安楽に入院生活が送れる ◇必要な治療がきちんと受けられる ◇苦痛な症状があれば早期に対処される			
食事	制限はありません * 入院前より医師から食事が制限されている方は、その指示に従ってください 			
活動	院内での行動は自由ですが、過度の運動は避けてください 外出は医師の許可が必要です 			
清潔	入浴できます 点滴の針が入っている方は、ぬれない様に保護しますので、入浴前に看護師に申し出てください 			
排泄	制限はありません			
点滴・注射	午前中に点滴をします  			
内服薬	ビタミン剤・循環改善剤が処方されます、医師の指示通りに飲んでください 必要に応じて、点眼薬・眼軟膏が処方されます 持参薬がある方は、医師または看護師にお知らせください		追加として、点滴の代わりに 飲み薬が処方されます 	
検査	採血・脳の検査・顔面神経の反応を見る検査が適宜行われます			
処置	回診室で毎日(午前中)診察します 			
リハビリ	入院翌日からリハビリを行う予定です。			
指導・説明	看護師が入院について説明します 顔のマッサージの仕方を説明します 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。	看護師から退院後の生活について説明があります 	
備考	既往症をお持ちの方は、担当医師と相談しながら治療していきます 			

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 _____

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 _____