

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 _____