

ID		氏名		様		病名		パーキンソン病		症状		年 月 日		
入院病日経過	1日目		2日目		3日目以降		16~18日目		退院療養計画書		退院日		退院日（予定）	
	 入院日						退院日 							
月 日	月 日		月 日		月 日以降		月 日		月 日		月 日		月 日	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 適切な援助のもと、安全安楽な入院生活を送ることができる。 転倒転落を起こさず、過ごすことができる。 								<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活の注意点が分かる。 		退院後の治療計画			
食事	<ul style="list-style-type: none"> 噛むことや飲み込みの状態を評価し、食形態を変更することがあります。 食形態は相談しながら変更することができます。 										<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション、薬物療法を継続してください。 			
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 歩行の様子を見ながら、制限をお願いする場合があります。 													
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、トイレの移動などをお手伝いします。 										退院後の療養上の留意点			
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴ができます。清拭タオルをお配りします。 介助が必要な場合は、週に1回介助入浴を行います。  										<ul style="list-style-type: none"> 転倒や誤嚥に注意してください。 			
検査	 レントゲン  採血  心電図  自律神経機能検査		<ul style="list-style-type: none"> 尿検査 		<ul style="list-style-type: none"> 心理検査 MRI RI検査（脳血流を調べる検査） 									
治療	<ul style="list-style-type: none"> 治療薬を調整することがあります。 薬剤師より薬についての説明があります。  										保険医療サービスまたは福祉サービス			
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 別紙リハビリテーション実施計画書を作成して説明します。 										<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
指導説明	<ul style="list-style-type: none"> パーキンソン病症状日誌を記載します。記載ができない場合は代行します。 毎日、血圧・体温・酸素飽和度測定をします。   								<ul style="list-style-type: none"> 次回受診日を説明します。 					
	特別な栄養管理の必要性 有・ 無 （病状によっては特別な栄養管理を行う場合があります。）										その他			
備考	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の生活についてお伺いします。 		<ul style="list-style-type: none"> 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。 											

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 _____

