

| 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        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|----|------|--------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|---------------|----------|
| 日 時   | 月 日                                                                                                                                                                                                                                        |   | 月 日 |    | 月 日  | 月 日                | 月 日                                                |                              | 退 院 療 養 計 画 書 |          |
| 経 過   | 入院当日                                                                                                                                                                                                                                       |   | 2日目 |    | 3日目  |                    | 4日目～                                               |                              | 退 院 日（予定）     |          |
| 目 標   | ・痛みが強いときは看護師へ伝えることができ早期に対処される。<br>・治療や退院後の生活について不安・心配なことがあれば看護師に申し出ることが出来る。                                                                                                                                                                |   |     |    |      |                    | 退院基準                                               | ・全身状態が安定している。<br>・発疹が改善している。 |               | 月 日      |
|       |                                                                                                                                                                                                                                            |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               | 退院後の治療計画 |
| 食 事   | ・口腔内に水疱や痛みがある場合はお粥など軟らかい食事やしみにくい食事に変更できます。                                                                                                              |   |     |    |      |                    | ・退院後は旭川赤十字病院皮膚科外来、または他院にて通院治療を行います                 |                              |               |          |
| 活 動   | ・活動の制限は特にありません。<br>・汎発疹が出ている間は個室隔離となります。できるだけ部屋から出ないようにお願いします。                                                                                                                                                                             |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 清 潔   | ・シャワー浴ができます。 <br>・お一人で入浴できない方は、看護師が体を拭きます。                                                                                                              |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 点滴・注射 | ・1日3回点滴をしますが、腎臓の機能によって回数は変わります。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。<br>医師の指示に従って軟膏処置を続けて下さい。 |                              |               |          |
| 内服薬   | ・入院前に飲んでいた薬を看護師にお渡し下さい。医師の指示により中止となることがあります。<br>・痛みが強いときは看護師にお知らせ下さい。痛み止めを使用できます。                                                                       |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 検 査   | ・必要時レントゲン 心電図 採血 採尿をとります。<br>・眼の周囲に発疹が出た際は、眼科を受診していただくことがあります。   |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 処 置   | ・医師の指示により、毎日軟膏の処置を行います。                                                                                                                                                                                                                    |   |     |    |      |                    | ・特にありません                                           |                              |               |          |
| 指 導   | ・薬剤師から薬についての説明があります。                                                                                                                                                                                                                       |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 説 明   | ・入院中の生活について説明があります。                                                                                                                                                                                                                        |   |     |    |      |                    | ・退院後の創部の処置について説明します。                               |                              | その他           |          |
|       |                                                                                                                                                                                                                                            |   |     |    |      |                    |                                                    |                              |               |          |
| 備 考   | 特別な栄養管理の必要性 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ☆病状によっては、特別な栄養管理をする場合があります。<br>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

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