

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. 18－1

氏名		様	
病名		症状	
左・右 顔面神経麻痺			
入院病日・経過 (月 日)	入院当日・1日目	2日目～6日目	7～8日目 退院日
達成目標	◇安楽に入院生活が送れる ◇苦痛な症状があれば早期に対処される ◇必要な治療がきちんと受けられる		【退院基準】 点滴治療が終了する
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 		
安静度	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 		
清 潔	入浴できます 		
排 泄	制限はありません		
点滴・注射	午前中に注射をします 		
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		退院後の飲み薬が処方されます 
検 査	採血・脳のMRI検査・筋電図検査（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 		＜退院後の生活について＞ ☆飲酒や過労を避け、睡眠時間をしっかりととりましょう。 ☆麻痺の誘因の一つに、寒冷刺激があげられます。 外の冷たい風やクーラーの冷気が顔に当たらないように しましょう。 ☆食後は麻痺側に食物がたまりやすいので、うがい、歯磨きで 口の中を清潔にしましょう。 ☆退院後も顔面マッサージを毎日、根気よく3か月は 続けましょう。
リハビリ	入院翌日から顔のマッサージを行う予定です。		
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 	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 	
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 _____