ステロイドパルス療法 入院診療計画書 _{病名} 入院日令和 年 月 日

腎臓内科	様	ID:	病名		入院日 令和 4	月 日	_
月 日	/	/	/ ~ /	/	/ ~	/	退院後の療養の注意点
経 過	外来受診時から入院まで	入院日~	2~3日目	4日目	5日目~	退院日	1、日常生活の注意事項
	・採血、レントゲン、心電図の	・ネームバンドを付けます		・適宜、採血やレントゲン	などの検査を行ないます		・感染予防
検査・処置	検査を行います	・毎日、尿の検査を行います					①毎回うがい・手洗いをする
	・眼底検査(眼科受診)	(尿を24時間ためて頂きます)					②外出時にはマスクを着用
	・腹部CT	・外来で検査を受けていない方は入院し	てから実施します				③花、土いじりも感染の可能性があります
	・風邪などひかないように	・体温、脈拍、血圧測定をします ――	6		(O)	-	ので、出来るだけ控えて下さい
	体調を整えておきましょう	・毎朝、食事前に体重を測ります					・激しい運動は避けてください
全身管理		・血糖測定を行ないます					・薬はできるだけ同じ時間に内服しましょう
							・学校や職場復帰については
			// // //		<u> </u>		医師に相談しましょう
41		・日中で2時間の点滴を行ないます	点滴予定日				
注 射		・点滴は3日間続けて、(~ /				
		定期的に行ないます (~ / ~				2,以下の症状があれば
	ロナカのカの茶がまたばかぎして	(/ ~ /			19時後の本ナジロレナナ	腎臓内科外来へ連絡下さい
rts 802	・現在内服中の薬があればお話して ください			・プレドニンの内服を開始	しょり を強くする薬を飲んでいただき	・退院後の薬を説明します	· 37.2度以上の熱が続く
四 加	一時中止の薬をお知らせします	・インスリンや内服中の薬が		・毎週並唯口の起外的に用	で強くする楽を飲んでいたださ		・咳、痰、鼻水などの風邪症状が続くとき
	・入院時全てのお薬を持参して下	■ あれば看護師に話して下さい ・薬剤師より服薬の確認と説明がありま					・下痢が続くとき
	さい(薬の説明書も持参して下さり		7				
		・食事は治療食となります				~ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		・入院中の病院食以外の差し入れや間食	はお控え下さい	Carro		(4.19)	
食 事		・入院中に栄養士から食事の話しを聞い					91
			Q	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH			┃ ┃受診時は1階の受付機で受付してください。
							予約票は、外来窓口に提出してください。
		・シャワー浴ができます					受付時間は7:30~11:30です。
安 静 度		・安静度に特に制限はありませが病棟を	雑れる際には看護師に声をか り	ナて下さい			土日・祝祭日・夜間は休診ですが、診察が
		・病衣に着替えます 病衣は週2回定期を	₹換します				必要な場合は救急外来で対応いたします。
清潔	前日は入浴してきて下さい						4
1.0		・入院後より尿をトイレの専用容器にた。 	めてもらいます				退院後、具合が悪い・調子が悪いなど病状に
排 泄							関して心配な場合は、下記に電話し、取次先
	・検査方法、日程等、医師より	・病棟の案内、入院生活について説明を	· ++				】を指定してください。 ■
	・快登万法、口怪等、医師より 説明があります(家人同席)	・病棟の条内、入院生活について説明を ・感染予防について説明します	しまり			・退院指導を行ないます	上·休·十·□·· · · · · · · ·
指導	: 入院日は <u>時に</u> <u>病棟へ</u>	・舩朱ア的に りいて読明します ・ベッドから離れる際はマスクの着用を	お願いします 一			・予約票をお渡しします	大崎市民病院 T.F. 10220 22 2211/45
111	来院して下さい	- ・たばこを吸われる方は禁煙していただ					TEL: 0229 - 23-3311(代)
	NORTH CO.	たいことを行うのの方にあることできた。			0.00	and the contraction of the contr	平日8:30~17:00⇒腎臓内科外来 診療時間外⇒救急外来
	・入院に必要な書類などについて		1700 TUO TUO TUO			TO SERVICE STATE OF THE SERVIC	마 기자 바닷 I리 기 다 가 있다. 가 다 가 다 가 다 다 다 다 다 다 다 다 다 다 다 다 다 다
その他	お話します(入院当日持参)			E			┃ ┃患者様のお名前・症状・治療や検査した月日
	・院内は禁煙です						・何の検査をしたのかなど、詳しくお話しし
							ででは、 で下さい。 で下さい。 で下さい。 で下さい。 であれ物などのお問い合わせ⇒入院
		┃ ┃ ・特別な栄養管理の必要性 有				退院おめでとうございます	された病棟へお願いします。
		* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *					

2020年 9月作成

担当医師名	担当看護師名	患者様署名

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間については現時点で予想されるものです。