




















# 入院診療計画書(ステロイドパルス:2クール:10日間を受けられる方へ)

診療科：腎臓内科 入院病棟：  
病名：  
症状：

患者ID：  
患者氏名：  
入院期間 約 10 日間

目標：ステロイドの副作用を理解して、以降の内服治療を続ける

経過 (日付)	パルス1クール目			パルス2クール目	退院後 初回受診時
	入院日(パルス1日目)	パルス2~3日目	パルス4~7日目	(パルス1~3日目)	
	月 日	月 日~ 月 日	月 日	月 日	
到達目標	①治療について理解でき、感染予防の必要性が理解できる。	①治療について理解でき、感染予防行動が実施できる	①合併症の症状がなく、感染予防行動が実施できる	①合併症の症状がなく、感染予防行動が実施できる ②不明な点を医師・看護師に質問できる	 <p>☆退院後の受診日までに異常を感じましたら受診日をお伝えいただき、受診日を待たずに受診してください。</p>
治療処置	医師からの説明後、ステロイドの点滴を開始します(約3時間) 指示があれば血糖測定をします	ステロイドの点滴を開始します(約3時間) 指示があれば血糖測定をします	ステロイドの内服が開始となります 指示があれば血糖測定をします	ステロイドの点滴を開始します(約3時間) 指示があれば血糖測定をします	
検査	血液検査と尿検査があります 追加で画像検査や心電図検査が入ることがあります  	尿検査があります 	尿検査があります 	パルス1日目は血液検査と尿検査があります パルス2日目は尿検査があります	
安静	制限はありません	制限はありません	制限はありません	制限はありません	
食事	腎臓病食(間食は控えてください) 	腎臓病食(間食は控えてください) 	腎臓病食(間食は控えてください) 	腎臓病食(間食は控えてください) 	
排泄	尿量の測定をしますので指定の袋にためて下さい	尿量の測定をしますので指定の袋にためて下さい	尿量の測定をしますので指定の袋にためて下さい	尿量の測定をしますので指定の袋にためて下さい 蓄尿は退院日前日の11時で終了です	
清潔	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗い・マスク着用してください 	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗い・マスク着用してください 	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗い・マスク着用してください 	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗い・マスク着用してください 	
説明	入院時のオリエンテーションを看護師から説明します 持参された内服薬を一旦預かります 治療の副作用について説明します   	副作用について理解できているか、予防行動ができていないか確認します 	合併症症状がないか、感染予防行動が実施できているか確認します 	合併症症状がないか、感染予防行動が実施できているか確認します 次回受診時までの日常生活の注意点をご説明します 看護師が退院時の書類をお渡ししますので、退院承諾のサインをして提出してください 	

※今回の入院につきまして現時点での診療計画は以上の通りです。なお、この説明は現在の病状から予測される範囲のものです。

※病状等に変化がございましたら、その都度ご説明をさせていただきます。ご不明の点がございましたらお申し出ください。

上記の入院診療計画について説明を受け、了承しました。

主治医： 担当薬剤師：  
説明者： 説明日： 年 月 日  
患者(親権者あるいは代理人)氏

担当薬剤師：

特別な栄養管理の必要性	有・無
総合的な機能評価	該当する場合別紙にて評価