

入院診療計画書(ステロイドパルスを受ける方へ)

診療科: 腎臓内科

入院病棟:

入院期間: 約3日間

病名:

患者ID:

目標:
ステロイドの副作用を理解し以後の内服治療を続ける

症状:

患者氏名:

様

経過 日付				退院時 初回受診時
ゴール (到達目標)	①治療・副作用について理解できる	①副作用の症状について理解できる ②感染の徴候がない	①感染の徴候がない ②自宅での管理方法について理解でき、不明点は看護師へ伝えることができる	 退院後の受診日までに異常を感じましたら受診日を待たずに受診してください。
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) 指示があれば血糖の測定をします  	ステロイドの点滴を行います(約3時間) 指示があれば血糖測定します 	ステロイドの点滴を行います(約3時間) 点滴終了後退院となります 指示があれば血糖の測定をします 	
検査	血液検査と尿検査があります 	尿検査があります 		
安静度	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)  	
排泄	病室のトイレをご利用下さい 	病室のトイレをご利用下さい 	病室のトイレをご利用下さい 	
清潔	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗いをしてください。マスクの着用もしてください。	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗いをしてください。マスクの着用もしてください。	シャワー・入浴可能です 嗽・手洗いをしてください。マスクの着用もしてください。	
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。入院中に薬剤師から薬の説明があります。副作用について説明します  	副作用症状について理解できているか、感染予防行動が実施できているか確認します  	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。

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
--------------------	-----------------------

主治医: 担当薬剤師: 担当看護師:
説明者: 説明日: 西暦 年 月 日

上記の入院診療計画書について説明を受け、了承しました患者(親権者あるいは代理人)サイン氏名: