

病棟:

入院診療計画書

____年 ____月 ____日

様

診断名

顔面神経麻痺

ver.1.1

特別な栄養管理の必要性 有 ____ ・ 無 ____

主治医:

担当看護師:

患者様サイン欄:

ご家族サイン欄:

| | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | 6日目 | 7日目 | 8日目 |
|-------------------|--|--|---|-----|-----|-----|-----|--|
| 安静度・リハビリ・退院 | ・病棟内を自由に歩くことができます。 | | | | | | | ・診察の後退院になります。  |
| 食事 | ・常食(治療食)が摂れます。 | | | | | | | |
| 注射・薬剤 | ・薬剤師が薬の内容について説明することがあります。 ・点滴を行います。 | ・点滴を行います。 |  | | | | | ・退院時に飲み薬が出ます。  |
| 検査 | ・耳鼻科外来で聴力検査があります。 | | | | | | | |
| 処置 | ・耳鼻科外来で処置を行います。 |  | | | | | | |
| 清潔 (シャワー・入浴など) | ・入浴ができます。 |  | | | | | | |
| 排泄 | ・トイレは自由に行けます。 | | | | | | | |
| 患者様及びご家族への説明 | ・外来にて医師より治療について説明があります。 ・看護師が入院後の生活について説明します。 | | | | | | | ・医師が退院について説明します。 ・看護師が退院後について説明します ・薬剤師が退院後の薬の内容と管理について説明します。 |

注1) 病名及び治療内容等は、入院時に考えられるものですので、検査・治療を進めていくにしたがい変更することがあります。

注2) 入院期間、表記の日時については入院時での予定です。