

ステロイドパルス(円形脱毛症)の治療目的に入院された方へ

入院診療計画書

患者番号

患者氏名

様

|                                                                                                    |                                                                            |                     |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| 日付                                                                                                 | 1日目                                                                        | 2日目                 | 退院日                                                  |
| 目標                                                                                                 | ①治療について理解できる ②全身状態に問題が無い ③皮膚の状態が悪化しない                                      |                     |                                                      |
| 内服                                                                                                 | 普段飲んでいる薬があれば看護師にお見せ下さい<br>点滴治療中は、胃薬を内服します                                  |                     |                                                      |
| 注射                                                                                                 | 退院当日まで、1日1回ステロイド剤の点滴投与があります<br>開始および終了予定時間はその都度お知らせします                     |                     |                                                      |
| 検査                                                                                                 | 採血があります                                                                    |                     |                                                      |
| 処置                                                                                                 | 午前中に1回、午後に1回検温があります<br>初日に血糖値を測ります<br>平日は14時頃に医師の診察があります。土日、祝日はその都度お知らせします |                     |                                                      |
| 食事                                                                                                 | 特に制限はありません<br>持病がある方は、病状に見合った治療食となります                                      |                     |                                                      |
| 活動                                                                                                 | 特に制限はありませんが手洗いうがいを心がけ、人の多いところへ行く際はマスクをつけるなど感染に気をつけましょう                     |                     |                                                      |
| 排泄                                                                                                 | 特に制限はありません                                                                 |                     |                                                      |
| 清潔                                                                                                 | シャワー浴ができます<br>お手伝いが必要な方は、お声かけ下さい                                           |                     |                                                      |
| 説明                                                                                                 | 薬剤師から薬の説明があります                                                             |                     | 問題がございましたら、<br>平日の日中は皮膚科外来へ、<br>夜間・休日は救急外来へお問い合わせ下さい |
| その他                                                                                                |                                                                            |                     |                                                      |
| ※これはあくまでも予定です。場合によっては予定通りにいかないこともありますので、ご了承ください。 福井県立病院 皮膚科 ステロイドパルス(円形脱毛症)の治療目的に入院された方へ 2024年7月改訂 |                                                                            |                     |                                                      |
| 主治医名                                                                                               | 担当医名                                                                       | 主治医以外の担当者:看護師       |                                                      |
| 管理栄養士                                                                                              | 栄養管理の必要性 無し                                                                | リハビリ担当              |                                                      |
| 上記について説明を受けました                                                                                     | 署名                                                                         | ご本人以外の場合患者様とのご関係( ) |                                                      |

