患者ID @PATIENTID

入院診療計画書　スピンラザ投与を受けられる　　様とご家族の方へ

ご説明年月日：　　年　　月　　日　　病棟　　号室

病名：　　入院目的：　　症状：

手術内容及び日程：　　推定される入院期間：約　（日・週・月間）　　特別な栄養管理の必要性：　有・無

説明医師署名：　　受持看護師名：　　その他担当者名：

	/ （ ）		/ （ ）
	入院日・検査前	入院日・検査後	検査翌日
説明 診察	午前10時までに入院受付を済ませてください。 小児医師から検査の説明があります。 看護師から入院・病棟についての説明があります。		退院の場合、説明を行います。
処置 検査	身長・体重・頭位を測定します。呼吸機能検査、心電図、脊椎レントゲン、血液検査、尿検査を行います。処置のために点滴ルートを挿入します。薬剤投与は午後から行います。	覚醒するまでモニターを装着します。	
安静度	病棟内は自由です。	検査後、1時間はベッド上安静です。	病棟内は自由です。
食事	昼食はスキップです。	しっかり覚醒していれば、制限なしです。	
必要書類、その他（リハビリテーション等の計画）	入院誓約書・病衣使用申込書（希望される方）・鎮静同意書・処置同意書		

注１）状態に応じて予定が変更になる場合があります。

注２）この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わりえるものです。その場合は再度説明いたします。

注３）入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記のとおり説明を受けました。　　年　　月　　日

患者本人署名　　親族又は代理人署名　　患者との続柄（　　）

2017年10月1日作成

兵庫医科大学病院

小児科

51010-00