

ご説明年月日: 年 月 日

病棟: @PATIENTWARD

号室:

病名: 甲状腺眼症・視神経炎・原田病・その他

入院目的: 点滴

症状: 視力低下・眼位異常・その他

手術内容及び日程: 手術の予定はありません

推定される入院期間: 約 2・3 (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:

日時	入院日/ステロイドパルス1日目 (/)	ステロイドパルス2~3日目 (/)	休薬日1日目 (/)	休薬日2日目~4日目 (/)	ステロイドパルス2クール目以降 (/)	退院前日/退院日 (/)
検査			 休薬日1日目の朝採血			
処置		 診察	 診察	 診察	 診察	 診察
説明・指導	 担当医・看護師によるオリエンテーション 感染予防策(マスク着用、手洗い、うがい)					 退院説明
安静度	 安静度自由	 安静度自由	 安静度自由	 安静度自由	 安静度自由	 安静度自由
点滴・内服	 点滴の留置針を挿入後、点滴を開始 胃薬内服	 点滴(毎朝) 胃薬内服	 ボナロン起床時内服 胃薬内服	 胃薬内服	 状態に応じて点滴3日間+休薬4日間を 繰り返します 胃薬内服	 点滴から内服に変更 胃薬内服
食事	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)	 常食もしくは治療食 (間食は控えてください)
清潔	 入浴可能	 入浴可能	 入浴可能	 入浴可能	 入浴可能	 入浴可能
必要書類、 その他(リハビリテーション等の計画)	 同意書・誓約書					

注1)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ます。その場合は再度説明いたします。

注2)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
--------	-----------	--------