

ご説明年月日： 年 月 日 病棟： 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： 無 ・ 有 →（ ）

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	 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	 通常使用されている薬の確認をさせていただきます 点滴の留置針を挿入後、点滴を開始 胃薬内服	 点滴 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