入院診療計画書

入院される ()様へ

病 名 HBウイルス陽性の母体より出生した児

生年月日:

薬剤師 管理栄養士

1部:患者ファイル

1 部:患者様用

生後1日 生きりにより 生まりにより 生まり			症状		受持看護師	担当看護師	担当看護師		病棟	
体量・甲酸が変更している					生後3日	1目	生後4日目			
野藤を起こない お母さんと一緒に過ごすとかできる お母さんと一緒に過ごすごとができる お母さんの体別に合わせて、母乳のお手伝いをします 毎日 水浴します 毎日 水浴しま 毎日 水浴しま 毎日 水浴しま 毎日 水浴しま 毎日 水浴の洗り こう ア						元気よく哺	乳することができる			
### おかちゃんが吹しがるときに接乳をします(自律投乳) ### おっちだを拭きます										
お母さんの体調に合わせて、提乳のお手伝いをします		お母さんと一緒に過ごすことができる								
安静度 (適ごし方) お母さんと一緒に過ごします(お母さんとあかちゃんの状態にあわせて行います) 診察 小児科医が毎日診察します 内服 生後5日目 先天性代謝異常検査 (結果は1ヵ月健診で説明します) 中級 (主後1日目) 生後48時間以内に抗Hosとト免疫グロブリン注射を行います (結果は1ヵ月健診で説明します) 内服 一次配力をあみます ロップを飲みます 中別のためピタミンK2シロッ ファブを飲みます 中別科医より入除・治療について説明があります 当場所有があります(問題ないフレット参照) 医事課職員より入除費について説明があります 当場所有があります(問題ないフレット参照) 医事課職員より入除費について説明があります ※上記内寄住、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのご丁承ださい とたら取録にスタッフへ声を掛けてください。 ・経知解析	栄養 (授乳)									
 (通ごし方) 診察 が生物質の点眼を予防的に行います (生後直後・生後1日目) 生後48時間以内に抗HBs上ト免疫グロブリン注射を行います (結果は1ヵ月健診で説明します) 力解 出血予防のためビタミンK2シロップを飲みます 出血予防のためビタミンK2シロップを飲みます が児科医より入院・治療について説明します (検乳・育児・母児同室について、状況に合わせてお母さんへ説明します)(バンフレットをご参照ください) ※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めてしくにしたがって変わることもありますのご了家ぐださい。 ※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めてしくにしたがって変わることもありますのご了家ぐださい。 ※特別な栄養管理の必要性 方 ・日常生と記的体 問題なし 「要経過観察 ・認知機能 同題なし 「要経過観察 毎月 日 患者 又は 鏡標者・娘族等サイン (統柄) 	清潔	からだを拭きます			毎日 沐浴	えします				
抗生物質の点眼を予防的に行います (生後18日)	安静度 (過ごし方)		お母さんと一	緒に過ごします(お母さんとあかち	っゃんの状態にあわせ	とて行います)				
接査・処置	診察			小児科医が毎日診察しま	₹ ず					
内服 出血予防のためビタミンK2シロップを飲みます 出血予防のためビタミンK2シロップを飲みます 小児科医より入院・治療について説明します 小児科医より入院・治療について説明します 接乳・育児・母児同室について、状況に合わせてお母さんへ説明します(パンフレットをご参照ください) 場院指導があります(日程はパンフレット参照)医事課職員より入院費について説明があります ※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのご了承ください。 有 ※公質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。 ※特別な栄養管理の必要性 日本人会給合めな機能評価令 「評価対象外」 日題なし 日題なし 日題なし 日題なし 日題なし 日題なし 日題なし 日題なし	検査·処置									
内服		生後48時間以内に抗HBsヒト免疫グロブリン注射を行います								
内服		黄疸の検査を毎日行いま	す(必要時、採血をします)							
説明・指導	内服		出血予防のためビタミンK2シロッ プを飲みます	À	W				2.5	
※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。 ※ 特別な栄養管理の必要性	説明·指導							今後の治療について説明があります 退院指導があります(日程はパンフレット参照)		
- 認知機能 □ 問題なし □ 要経過観察 年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)	※ご質問等ごる ◇総合的な機!	ざいましたら気軽にスタッフへ声 能評価◇ <u>②</u> 評価対象外	iを掛けてください。 ※ 特別 	な栄養管理の必要性	主治图		又は署名			
				年 月	日 患者	又は 親権者・親族等	ナイン	享知赤十字病院 小旧利		