


入院診療計画書

ボツリヌス&リハビリ併用療法(1泊2日)を受けられる ()


薬剤師 

2部印刷
1部:患者ファイル
1部:患者様用

病名 


年齢 _____






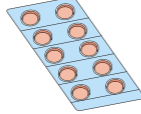

生年月日: _____

管理栄養士 

症状 

受持看護師 _____

病棟 _____ 理学療法士 

| 日付 | 入院日 治療前 | 月 | 日 () | 1日目(退院) | 月 | 日 () | 退院日 |
|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|
| 達成目標 | 安心して治療を受けることができる | | | 治療後の注意点が理解できる | | | 退院後の生活について理解できる |
| 食事 | 特に制限はありません (ご飯の硬さなど要望がありましたら申し出ください) (必要に応じて治療食が出る場合があります)  | | | 特に制限はありません (必要に応じて治療食が出る場合があります)  | | | 特に制限はありません (必要に応じて治療食が出る場合があります)  |
| 安静度 | 特に制限はありません | | | 特に制限はありません | | | 特に制限はありません |
| 清潔 | 治療日当日は入浴ができません | | | 入浴できます  | | | |
| 内服 | 今まで内服していた薬は継続してお飲みください   | | | | | | |
| リハビリ | 治療前にリハビリスタッフより説明があります。  | | | リハビリスタッフより具体的な運動方法について説明を行います  | | | |
| 説明・指導 | 治療の説明については外来で受けて頂いております 同意書に署名し提出してください 看護師から脳卒中再発予防のための指導があります  入院中に退院後のリハビリテーションを受ける施設について地域連携室の担当者がお話させていただきます | | | 治療後は観察のため看護師が病室へ伺います 注射部位はもまないようにしてください 注射穿刺部に異常を感じた場合はすぐに看護師にお知らせください | | | 注射穿刺部に異常を感じた場合はすぐに看護師にお知らせください 2週間後に外来受診があります ●ボツリヌス治療後の注意点● ①注射翌日以降は、特に日常生活上の制限はありません ②効果は通常2~3日してから徐々に現れてきます ③ボツリヌス治療によって活動的になったり、筋力のバランスが変わることで、転びやすくなることがあるため注意してください  |

※ 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いくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ 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。

- ◇総合的な機能評価◇ 評価対象外
- 日常生活動作 問題なし 要経過観察
 - 認知機能 問題なし 要経過観察
 - 意欲 問題なし 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

主治医

印
又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

____年 ____月 ____日

患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄 _____)