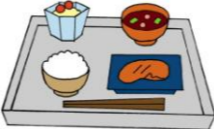










入院診療計画書

顔面神経麻痺の治療を受けられる ()様へ

2 部 印刷
1部: 患者ファイル
1部: 患者様用

病名 (診断群分類) 顔面神経麻痺 年齢 _____ 生年月日: _____ 薬剤師 _____
 症状 _____ 受持看護師 _____ 病棟 _____ 管理栄養士 _____

経過	入院当日	入院2日目~7日目	入院8日目~9日目(退院日)
月日	月 日 ()	月 日 () ~ 月 日 ()	月 日 () ~ 月 日 ()
目標	治療について分からないことや心配なことを伝えることができる ステロイドの副作用を知り、異常があれば伝えることができる		退院後の注意点について理解することができる
食事・栄養	普通食がです ※食事療法が必要な方は、入院中に栄養士が食事について説明します 		
安静度	制限はありません		
清潔	制限はありません		
点滴・注射	入院当日は1日1回約2時間かけて点滴を行います 	1日1回約2時間かけて点滴を行います 	1日1回約2時間かけて点滴を行います 
検査	聴力検査を週3回(月、水、金)生理検査室で行います ※ 糖尿病の方は毎食前に血糖採血、インスリン注射を行います 眠前に血糖採血、インスリン注射を行う場合もあります 		
内服	必要に応じて胃薬が処方されます 	血管拡張剤、ビタミン剤の内服処方があります 	
説明・指導	入院中に薬剤師がお薬について説明します マッサージについて説明します 		
その他	病気の原因は、完全には解明されていません 血流障害やウイルスによる神経細胞の障害による症状と考えられています 血流改善、傷害された神経細胞を回復させる作用のある副腎ホルモン剤(ステロイド)、血管拡張剤、ビタミン剤を点滴します ステロイドは徐々に量を減らしていきますが副作用として血圧上昇、高血糖、胃潰瘍などがあります ※ めまい症状があればお知らせください 		

※ 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。

※ 特別な栄養管理の必要性

有 主治医
 無

印
又は署名

◇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

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)
 高知赤十字病院 耳鼻咽喉科 11-007-P0(患者用)