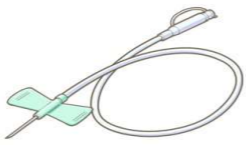
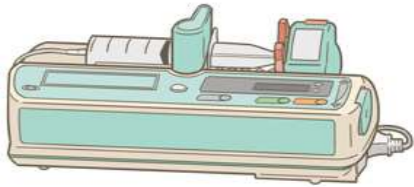




ハイゼントラ®を導入される患者さんへ

【患者さん用クリニカルパス】

ID: @[Patient.ID]

患者氏名: @[Patient.Name] 様

日付	月 日()	月 日()	月 日()
経過	入院当日	導入日	退院日
達成目標	治療の必要性が理解できる	自己注射の指導を受けて理解できる	スタッフの支援のもと、自己注射を実施できる
検査	超音波検査、血液検査を行います	神経伝導検査を1回行います	
		注射部位反応が出現した場合は、軟膏を塗ります 注射前後で血圧、脈拍を測定します	
治療・処置	看護師から入院生活について説明します 主治医から病状説明があります	自己注射の手技の指導があります	退院指導、服薬指導を行います 再来予約票をお渡しします
内服・点滴	ハイゼントラ®皮下注射を行います		
食事	患者様の基礎疾患に合わせたお食事をお出しします		
生活・行動		行動に制限はありません	
清潔	入浴可能です		
その他	心配なことや不安なことは、いつでも看護師に相談してください		

注) 予定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従って変わることがあります。

岩手医科大学附属病院
脳神経内科・老年科