





「入院診療計画書」

氏名 様 病名：円形脱毛症 症状：脱毛 治療法：セパル療法 西・東病棟 階 A・B 号室

	月 日	月 日～月 日	月 日
	入院当日	入院2日目・3日目	退院日
目標	治療の必要性が理解でき治療に望むことができる	合併症なく経過し治療することができる	合併症なく退院できる
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活について説明します 医師から治療、検査について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> 動悸、気分不良、発疹などの副作用症状が出た際には、すぐにお知らせください 点滴刺入部の痛みがある場合には、ナースコールを押してお知らせください 分からない点は医師、看護師にお聞きください 	退院後の生活について指導します
治療・処置	点滴の針を入れ、点滴を開始します 点滴は3日間行い、5時間ほどかかります 	点滴をします	点滴の針を抜針します 
検査	治療前に採血、胸部X線、心電図検査をします	特にありません	 採血をします
内服	<ul style="list-style-type: none"> 持参した薬があれば一旦お預かりします 内服していい薬のみお渡しします 	指示通り内服してください	必要時にお渡しします 
食事	 特に制限はありません		
生活・行動	 安静度は特に制限ありません 		
清潔	点滴終了後、問題がなければシャワー浴ができます シャワー浴時には点滴部分を濡れないように保護します（シャワー浴時は看護師に声をかけてください） 		

注) 病名等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があります。

年 月 日

医師名

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

担当以外の担当者

在宅復帰支援計画 無・有()

岩手医科大学附属病院

在宅復帰支援担当者

総合的な機能評価 無・有()

本人家族氏名

特別な栄養管理の必要性 無・有