




【 入院診療計画書 : 带状疱疹で入院になった方へ 】

ID

- 【 病名: 带状疱疹 】 氏名 _____ 様
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。 】
- 【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為に輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。 】
- 【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。 】

注: 病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

経過	入院当日～7日目		8日目
日時	月 日～ 月 日		月 日
目標	 痛みをコントロールし休息がとれる 皮膚状態が改善する	 	退院後の生活について理解できる
食事	食事制限はありません		
検査	必要に応じて採血や画像検査などを行いません		
治療処置	・アシクロビン点滴を()回/日行ないます(実施時間:6時、13時、20時or9時、20時) ※1回の点滴に約1時間かかります。 ・毎日シャワー浴または清拭後、患部にスタデルムクリームを塗布してください ※難しい場合は介助しますので看護師に声をかけてください 滲出液が多い場合や水疱破綻の可能性のある場合等はガーゼで保護します。 ・疼痛が強い場合は追加で鎮痛剤をお渡ししますので遠慮せずに声をかけてください。		病状により退院当日も1回点滴をする場合があります
安静度	安静度の制限はありません		
リハビリテーション	必要に応じて介入することがあります		
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(別紙参照) <input type="checkbox"/> 毎日シャワー浴にて皮膚の清潔を保ち外用薬(スタデルムクリーム)を皮膚症状の出ている部位に優しく塗ってください。 体調が悪くシャワー浴が困難な場合が清拭をします。		退院となります

上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。		同意年月日	〈西暦〉	年	月	日
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医	印	説明看護師		