

@PATIENTID
 @PATIENTNAMEKANA
 @PATIENTNAME
 GEYEAR 歳 @PATIENTSEXN

腸炎の治療を受けられる患者様へ

	入院1～3日 (/ ~ /)	入院2～5日 (/ ~ /)	入院5～7日 (/ ~ /)	退院日 (/)
検査	必要時以下の検査を行います。 ①血液検査・尿検査・検便・便培 ②エコーが入るときがあります。	適宜血液検査をおこないます。		*退院後の日常生活につきましては別途退院指導(療養)計画書をお渡しし、説明させていただきます。
処置				退院おめでとう ございます！
注射	水分補給と治療に必要な注射薬を入れるため 持続の点滴を開始します。	血液検査の結果で状態に応じて点滴を中止します。		次回受診日は
食事	症状により絶食になる場合があります。 食事内容が、症状に応じて腸炎食、治療乳に 変わることがあります。 ★アレルギーで除去食が在る方はお知らせください	お腹の状態によって食事がはじまります。 		月 日 :
活動	原則として、ベッド上で安静にさせていただきます。 原因によっては、部屋から出られないことがあります。 (感染予防のため) ★ベッドからの転落にご注意ください。	医師の許可にて院内学級に行くことができます。		の予定です。
清潔	平日日勤帯は適時体を拭きます。 (休日の日勤帯は希望時に温かいタオルの準備をします) 点滴中はパジャマなどの更衣は 看護師がお手伝いします。	点滴が中止となり熱がなければ、医師の許可にて 入浴可となります。		
説明 指導	①担当医より病状について説明があります。 ②看護師より入院生活について説明があります。 ③ご家族の方は入退室時に手指消毒をお願いします。 ★点滴は24時間持続的に行います。 適時、看護師が点滴もれがないか観察します。 手の腫れや痛がる仕草があれば 医師、看護師にお知らせください。 ★小児メモに尿量、尿排便回数、食事量などを 記録してください。 ★現在内服しているお薬があればお知らせください。	薬剤師から服薬指導があります。 		

注1) 治療内容・入院期間については、現時点で予測されるものであり、今後治療を進めていくに従って変わらうものである。

患者・家族からの
要望または質問

 以上のことに関して、内容を理解しました。 総合的機能評価(口あり なし)

 同席者署名 (続柄)

説明者 _____

 年 月 日

 同席者署名 (続柄)

患者署名
 ※未成年者や本人が署名不可時の場合は代理人が署名のこと

 同席者署名 (続柄)