

【 入院診療計画書 】

川崎病

パス 症状: 発熱・口唇紅潮・眼球充血 (その他) 頸部リンパ節腫脹・硬性浮腫

様

説明者:

説明日(/)

主治医:

病棟看護師長:

診療科:小児科

病名 注1):

川崎病

入院目的:検査・治療など

推定される入院期間注2):

3月19日 ~ 11 日間

月 日	3月19日	3月20日 ~	3月29日
病日	入院	入院翌日~退院前日	退院予定日
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ●入院診療を受ける準備が整い、安静が保てる ●治療・看護に同意が得られる 	<ul style="list-style-type: none"> ●点滴治療が安全に受けられる ●症状の改善がみられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●症状の再燃がない ●冠動脈病変がない
治療・薬剤 (点滴・内服) 処置	<ul style="list-style-type: none"> ●病状に変化があった場合や、採血、レントゲン等の検査結果は医師から説明があります。 ●朝8時30分~9時30分頃、夕方5時00分前後に回診します。 ●本人確認のため、ネームバンドを着けます ●点滴 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>24時間、持続で点滴を実施します。 <input type="checkbox"/>抗生剤を点滴で投与します。(2~3回/日) → <input type="checkbox"/>ステロイド剤を点滴で投与する場合があります <input type="checkbox"/>免疫グロブリンを投与する場合があります ●内服 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>抗凝固剤の内服が始まります。 → <input type="checkbox"/>症状をみながら内服量が減量になります 必要に応じて薬剤師による薬剤指導を行います。 ●処置 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>心電図モニターを装着させていただきます <input type="checkbox"/>酸素飽和度モニターを装着し値をみながら必要時、酸素吸入を行います <input type="checkbox"/>発熱時には冷罨法をおこないます。 高い発熱が続くときには、必要に応じて解熱剤を使用していきます。 		
検査	●必要時採血、レントゲン検査、心電図、心臓超音波検査を行います。		
活動・安静度	●医師の許可があるまで、病室内でお過ごしください。 ●病状が安定し、医師より許可が出たらプレイルームで遊ぶことができます。		
食事	特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> 水分のみ摂ることができます。 有・無 <input type="checkbox"/> ミルク・母乳を飲むことができます。 <input type="checkbox"/> 小児食を食べることが出来ます。	●食事やスナック菓子類の持ち込みはしないでください。	
清潔	●タオルでの清拭になります。着替えが必要なときは看護師をお呼びください。 ●医師の許可があるまで、入浴できません。		
排泄	<input type="checkbox"/> オムツをご使用ください。 <input type="checkbox"/> 病室内のトイレをご使用ください。 <input type="checkbox"/> 病棟内のトイレをご使用ください。		
指導内容	●入院オリエンテーションを実施します。	●発熱時は熱を放散させるために、薄着を心がけてください	<ul style="list-style-type: none"> ●退院が決定したら、退院前日に入院費の概算をお知らせします。 ●退院当日、請求書が整い次第、お声をかけます。お部屋でお待ちください。 ●1Fの会計でお支払い頂いた後、病棟にお戻り下さい。診察券や処方薬などお渡しします。 ●退院前に「退院治療計画書」をお渡しし、退院後の注意事項を看護師よりご説明いたします。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ●入院中に必要な物品や注意事項については入院案内をご参照ください。 ●病棟内にあるDVDやビデオを順番にお貸しすることができます。 ●わからないこと、心配なことは遠慮せずご相談ください。 ●発熱に対して、苦痛緩和に努めさせていただきます ●症状の変化を観察し、随時医師に報告していきます 		

注1) 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従って変わり得るものです。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

本人署名

ご家族・同席者署名:

続柄()