

病棟:

入院診療計画書

平成 年 月 日

様

診断名

顔面神経麻痺 ver.1.1

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

主治医:

担当看護師:

患者様サイン欄:

ご家族サイン欄:

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
安静度・リハビリ・退院	・病棟内を自由に歩くことができます。							・診察の後退院になります。 
食事	・常食(治療食)が摂れます。							
注射・薬剤	・薬剤師が薬の内容について説明することがあります。 ・点滴を行います。	・点滴を行います。						・退院時に飲み薬が出ます。 
検査	・耳鼻科外来で聴力検査があります。							
処置	・耳鼻科外来で処置を行います。							
清潔 (シャワー・入浴など)	・入浴ができます。							
排泄	・トイレは自由に行けます。							
患者様及びご家族への説明	・外来にて医師より治療について説明があります。 ・看護師が入院後の生活について説明します。							・医師が退院について説明します。 ・看護師が退院後について説明します ・薬剤師が退院後の薬の内容と管理について説明します。

注1) 病名及び治療内容等は、入院時に考えられるものですので、検査・治療を進めていくにしたがい変更することがあります。

注2) 入院期間、表記の日時については入院時での予定です。