脊髄小脳変性症（プロチレリン酒石酸塩投与）を受けられる患者様へ　入院診療計画書（患者用パス）

疾患名

病棟（病室）　（　　号室）　患者様氏名　　様　主治医　　印

主治医以外の担当者

特別な栄養管理の必要性　有　・　無　　サイン

説明年月日　　年　　月　　日

月日	/	/	/ ～ /	/	/
経過	入院当日	入院２日目	入院３日目～入院１４日目	入院１５日目	入院１６日目（退院）
症状					
達成目標	安全に歩行ができる 合併症の症状がない	安全に歩行ができる 合併症の症状がない	安全に歩行ができる 合併症の症状がない	安全に歩行ができる 合併症の症状がない	安全に歩行ができる 合併症の症状がない
活動・安静度	歩けますが、状態によっては看護師が付き添います 必要に応じて、杖や車椅子を使用します	→	→	→	→
食事	食事がでます　年齢・症状によって食事内容は変わります	→	→	→	→
内服・点滴	現在内服中のお薬と手帳を預かります	セレジストは休薬になります プロチレリン酒石酸塩注射液を使用します（2週間）	→	注射は14日間で終了です	預かったお薬と手帳をお返しします セレジストが再開になります
清潔・排泄	入浴は可能です 入浴日は看護師にお尋ねください	→	→	→	→
検査	必要時検査を行います				
処置		検温をします			
観察	血圧や病気に関する症状について観察を行います	注射の副作用について観察を行います			
リハビリ	リハビリを開始します →				→
	治療前の身体機能を評価をします			治療後の身体機能を評価します	
教育・説明・指導	入院についての説明を看護師から行います　転倒の危険性について看護師より説明を行います　歩行時は靴を使用します				次回受診日や退院後の生活の注意点について説明します
退院後の治療計画					定期的に外来受診が必要です
退院後の治療上の注意点					転倒に注意して下さい
その他療養計画	〈看護〉				

・診療内容等は現時点で考えられるもので、今後の検査等を進めていくにしたがって変化する場合もあります。その場合は再度説明いたします。

・入院期間については、現時点で予想されるものです。

医師より診療計画内容について十分説明を受けましたので、実施に同意します。

年　　月　　日　患者署名