

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） 患者氏名 様 主治医 印

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 サイン

主治医以外の担当者 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	食事ができます 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 処置	必要時検査を行います		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があります。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