

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 様

主治医

印

主治医以外の担当者

説明年月日

年 月 日

特別な栄養管理の必要性 有・無 サイン

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	 頂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