

パーキンソン病（キシロカイン筋注）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

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4日目	入院5日目	退院日
症状							
達成目標	合併症・副作用の症状がない 転倒・転落がおこらない						
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は お預け下さい キシロカイン注射をします		入院時にお預かりしていた 内服薬は、退院時にお返し します				
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	注射はエコーガイド下で行います						
処置	両側腹部に 注射をおこないます						
観察	病気にに関する症状について 適宜観察を行います		注射の効果を観察します 副作用がないか観察します				
リハビリ	治療前の身体機能を評価し てリハビリを実施します		治療後の身体機能を評価し ます				
教育・説明・指導	入院生活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						
退院後の 治療計画			退院1ヶ月後に評価します				
退院後の治療上 の注意点			転倒に注意してください				
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