

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<br>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<br>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<br>お預け下さい<br>キシロカイン注射をします                         |   | 入院時にお預かりしていた<br>内服薬は、退院時にお返し<br>します |       |       |       |     |
| 清潔・排泄           | 入浴は可能です<br>入浴日は看護師にお尋ねく<br>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<br>注射をおこないます                                             |   |                                     |       |       |       |     |
| 観察              | 病気にに関する症状について<br>適宜観察を行います                                     |   | 注射の効果を観察します<br>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<br>てリハビリを実施します                                    |   | 治療後の身体機能を評価し<br>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<br>転倒の危険性について看護師より説明を行います<br>歩行時は靴を使用します |   |                                     |       |       |       |     |
| 退院後の<br>治療計画    |                                                                |   | 退院1ヶ月後に評価します                        |       |       |       |     |
| 退院後の治療上<br>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

患者又は家族署名

続柄（      ）