

入院診療計画書

ID-NO _____

患者氏名 _____ 様

入院日 _____

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

手術日 _____

病棟 _____

病名 _____

説明医師名 _____

担当看護師 _____

経過時 日 時	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目			
入 院	ステロイドの点滴	ステロイドの点滴	ステロイドの点滴				
退 院							
治 療 薬 剤 (点滴・内服)							
手 術 処 置							
検 査		血液検査					
安 静 度 リハビリ	院内フリー						
食 事	制限ありません						
清 潔	制限ありません						
排 泄	制限ありません						
備 考							
特別な栄養管理の 必要性	有						
総合的な機能評価	脱毛症に対して、ステロイドパルス療法を行ないます。 経過に問題なければ 月 日に退院を予定しておりますが、経過により変更となる可能性があります。 ご不明な点等ありましたら、当科医師、病棟看護師まで宜しくお願いします。						

以上のように医師から説明を受け、治療や検査に同意します。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 患者氏名 _____ 親族又は代理人 (_____) 氏名 _____

注1. 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

西神戸医療センター