

顔面神経麻痺の治療 を受けられる患者様へ

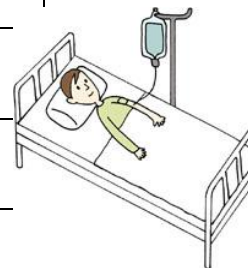
患者様用

患者氏名 :

受持医署名 :

受持看護師署名 :

月日(日時)	/	/	/	/	/	/	/
経過(病日等)	入院	入院2日目	入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	退院
達成目標	治療について理解できる。	看護師に副作用出現時相談できる。	看護師に副作用出現時相談できる。	看護師に副作用出現時相談できる。	看護師に副作用出現時相談できる。	看護師に副作用出現時相談できる。	退院後の留意点を理解できる。
治療・薬剤 (点滴・内服) リハビリ	ステロイドの点滴治療を します	ステロイドの点滴治療を します	ステロイドの点滴治療を します	ステロイドの点滴治療を します	ステロイドの点滴治療を します	ステロイドの点滴治療を します 夕方点滴終了です	
処置	処置室にて平日診察があります						
検査	採血、心電図、胸部レントゲ ンの検査をします			血液検査をします			
活動 安静度	院内フリーです。点滴中はできるだけ病棟内でお過ごし下さい。						
食事	制限はありません						
清潔	点滴終了後入浴可です						
排泄	制限はありません						
患者様及び ご家族への説明 生活指導 リハビリ 栄養指導 服薬指導	病棟案内をします 看護師より治療前後の経過 について説明します 病院内は禁煙です 便秘・胃部不快感・不眠など の症状出現時はお伝え下さ い						



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従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。