

円形脱毛症に対してパルスの治療を受けられる患者様へ

患者様用

患者氏名：

様

受持医署名：

受持看護師署名：

月日(日時)	／		／		／	
経過(病日等)	1日目(入院日)		2日目		3日目(退院日)	
達成目標	安全に点滴を投与する				退院できる	
治療・薬剤 (点滴・内服) リハビリ	点滴治療を開始します			1日1回点滴をします		問題なければ退院可能となります
検査	外来で未施行の場合、採血、レントゲン、心電図(入院時検査)を行います		採血などを行う場合があります			
活動 安静度	制限はありません					
食事	制限はありません。既往により制限食となる場合があります					
清潔			シャワー可能です			
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	入院診療計画書をお渡しします お薬手帳と普段飲まれているお薬を薬剤師が確認します				退院療養計画書をお渡しします	

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。

大津赤十字病院 皮膚科

19-004_円形脱毛症 2026/7/23