









主治医： _____

主治医以外の担当者

薬剤科 _____ 栄養科 _____

患者氏名： _____ さま 病名/症状： _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数 3日】

日付	月 日	月 日	月 日
経過	入院日	2日目	3日目（退院日）
検査 処置 治療	血糖測定を行います（朝・昼・夕） ステロイド治療（点滴）中は心電図モニターを装着し観察します 		異常がなければ、退院の許可がでます 
点滴 内服薬	常用薬とお薬手帳を持参してください 持参されたお薬を確認後、服用します ステロイドの点滴を行います  		ステロイドの点滴が終了です 
清潔	制限はありません 		
排泄	制限はありません		
安静度	制限はありません		
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療食となります 		
説明 指導			薬剤師よりステロイド内服の説明があります 
その他	下記書類を提出していただきます <input type="checkbox"/> 入院誓約書 <input type="checkbox"/> テレビ申し込み書 <input type="checkbox"/> 内服手帳、内服薬 <input type="checkbox"/> 保険証		退院療養計画書 再診の予約票をお渡しします 次回再診日をご確認ください 退院後の生活の説明をします
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、 転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます		説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。

本人またはご家族： _____