













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： 顔面神経麻痺 \_\_\_\_\_

○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 10日】

日時	月 日	月 日 ~ 月 日	月 日
経過	入院当日	入院2日目 ~ 9日目	退院日
検査 処置		聴力検査 _____ 月 _____ 日 検査室から呼ばれたらご案内します	点滴終了後チューブを抜きます
点滴 内服薬	点滴を開始します 内服・点眼・眼軟膏薬の処方があります 	6時・10時・14時・22時 に点滴があります 	6時~7時の間に点滴を行います
治療	酸素吸入4Lを2時間行います 酸素吸入方法の説明をします	酸素吸入4Lを2時間行います  麻酔科受診 _____ 月 _____ 日 午前中麻酔科にてブロック注射を行います  リハビリ開始 _____ 月 _____ 日	酸素吸入4Lを2時間行います 
清潔	シャワー浴可 病棟受付で予約を取ってください 	シャワー浴可です 8時30分より病棟受付で予約を取ってください	
安静 活動	院内であれば制限はありません	院内であれば制限はありません 	制限はありません 心配な事があればご相談ください
食事	塩分制限食となります 患者様の状態によって変更される場合もあります 	塩分制限食となります 患者様の状態によって変更される場合もあります	塩分制限食となります
特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
排泄		6時から6時までの排便・排尿回数を 朝お伺いします	6時から6時までの排便・排尿回数を 朝お伺いします
その他	担当薬剤師が持参薬とお薬手帳の確認と治療薬の 説明をいたします 	ブロック注射後は、一時的に声が出にくくなったり ふらつく事があります病室で1時間ほど安静にして ください 	会計が出来ましたら看護師がお部屋にお伺いしますので、 お帰りの際に正面玄関会計窓口でお会計をお願いします  外来予約表、退院処方、退院療養計画書をお渡しします
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。  本人またはご家族： _____

○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。