










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： めまい \_\_\_\_\_

○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 7日】

日時	月 日	月 日～ 月 日	月 日
経過	入院日	入院2日目～6日目	退院日
検査 処置 治療			
点滴 内服薬	点滴1日2本を行います 	午前中10時頃より点滴を2本行います 	
清潔	制限はありません 症状に応じてシャワー浴も可能です	→ 	
安静 活動	制限はありません めまいの状態に応じて、歩行や車椅子などお手伝いします	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 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	常食をお出しします 	→ 	
排泄		6時から翌日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・お薬手帳の確認との説明をします  治療薬	何かありましたらナースコールでお知らせください 	会計が出来ましたら看護師がお部屋にお伺いします 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。