

病名 (顔面神経麻痺)

症状 ()

患者番号:

患者氏名:

様

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	
経過 (病日等)	入院日	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	入院7日目	退院日	
達成目標	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない <input type="checkbox"/> 入院の目的が理解できる	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない	<input type="checkbox"/> 副作用の症状・所見がない <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点について理解できる	
治療・薬剤 (点滴・内服)	<input type="checkbox"/> 現在服用しているお薬を確認させていただきます <input type="checkbox"/> 入院中、内服薬は原則としてご報告頂いた内容に基づき、病院から用意いたします <input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします		<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴治療をします	<input type="checkbox"/> 本日で点滴は終了です	
処置	<input type="checkbox"/> 必要時は血糖測定を行います	<input type="checkbox"/> 必要時は血糖測定を行います <input type="checkbox"/> 平日は耳鼻科外来にて診察を行います							
検査	<input type="checkbox"/> 外来で採血、心電図、胸部レントゲン検査をします	  							
活動・安静度	<input type="checkbox"/> 活動に制限はありません <input type="checkbox"/> 点滴中はできるだけ病棟内でお過ごしください								
リハビリ	<input type="checkbox"/> 入院中にリハビリの予定はありません 								
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食の提供となります 								
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可能です 入浴日については病棟からご案内します								
排泄	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません 								
患者さま及びご家族への説明 栄養指導 服薬指導	<input type="checkbox"/> 病棟案内をします <input type="checkbox"/> 看護師より治療前後の経過について説明します <input type="checkbox"/> 病院内は禁煙です <input type="checkbox"/> 便秘・胃部不快感・不眠などの症状出現時はお伝えください		<input type="checkbox"/> 既往に糖尿病などがある方は入院中に栄養士が栄養指導に伺います						<input type="checkbox"/> 退院後の服薬がある方は薬剤師が服薬指導に伺います <input type="checkbox"/> 看護師から退院後の留意点について説明します
退院に向けて (在宅復帰支援計画) 相談	<input type="checkbox"/> 退院に向けてお困りごとや不安なことがありましたら病棟担当相談員、又は担当看護師にご相談下さい						<input type="checkbox"/> 退院後の<<治療計画>> ・次回受診 ()		
その他 (看護計画など)	<input type="checkbox"/> 安全・安楽に検査・治療が受けられるようサポートしてまいります								