

突発性難聴の治療を受けられる _____ 様へ（入院診療計画書）

病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。主治医 _____

患者氏名 _____ 様

入院期間については現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

受け持ち看護師 _____

御家族氏名 _____ 様

入院当日は、午前 10 時に受け付け①で入院受付をされてから、5 階テイルームでお待ち下さい。

（続柄 _____）

入院の際は、この用紙を持参してください。

経過	外来	入院日～11 日目	12～14 日目
月/日	/	/ ~	/ ~
達成目標	治療について、心配なことや不明な点を主治医や看護師に伝えられること。 治療について理解できること。		治療が予定通りに終了すること。 退院後の内服治療について理解できること。
治療・処置		お薬を飲んでいる方は他院の薬も含めてすべて持参してください。その際、お薬手帳があれば一緒にお持ち下さい  入院後点滴治療を開始します。ステロイドホルモン・血管拡張剤・ビタミン剤を混ぜた点滴を毎日 3 時間以上かけて行います	
検査	血液検査・尿検査をします。	5日から7日目ころ聴力検査をします	薬剤師より退院後の内服薬について説明があります 看護師が次回予約について説明します。
食事		普通食	おおよその入院費用は次のとおりです。 3 割：約 11 万円、約 1 割：4～5 万円 3 番窓口でお支払い下さい
安静度		院内でおすごしください	
清潔		入浴することができます	
説明	主治医から入院・治療についての説明があります。 看護師から入院の準備についての説明があります。	入院や治療について心配なことがありましたら、 主治医・看護師にお話し下さい 	