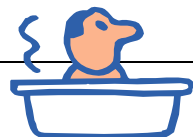


顔面神経麻痺の治療を受けられる

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。
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。
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階デイルームでお待ちください。
入院の際は、この用紙を持参してください。

主治医 _____ 患者氏名 _____ 様
受け持ち看護師 _____ 御家族氏名 _____ 様
(続柄 _____)

経過 月/日	外来 /	入院日 /	2日目～14日目(退院) / ~ /
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。		副作用がなく治療が終了できること。 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・薬の説明用紙があれば一緒にお持ちください。 入院後、点滴治療を開始します。 毎日、3時間以上かけて点滴を行います。  	点滴治療があります。 血液検査をします。 
検査	血液検査、尿検査をします。		発症後1週間以降にENOG（電気刺激による顔面筋の検査）を行います。
食事		普通食です。	
安静度		院内でお過ごしください。	
清潔		入浴することができます。必要な方には看護師がお手伝いします。 	
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説明があります。 	看護師から入院中のこと、処置などについて説明があります。(パンフレット参照) 入院や治療について心配なことがありましたら、看護師にお話してください。 主治医から本人、ご家族へ治療に関する説明があります。 薬剤師から点滴で使用する薬剤について説明があります。 	薬剤師から内服する薬剤について説明があります。 退院後の生活について説明があります。(内服について) 看護師が次回の外来受診について説明します。 退院時間は午前10時の予定です。 おおよその入院費用は次の通りです。 (3割：約12万～13万円、1割：4万～5万円) 3番窓口でお支払い下さい。 