

円形脱毛症ステロイドパルス療法 を受けられる方へ

◆ 私たちは、入院生活や治療が順調に進むように下記の計画に基づき援助します。

お名前 @{Patient.Name} 様

主治医

受持ち看護師

日付	入院前日までに	投与 1 日目	投与 2 日目	投与 3 日目 (退院日)	退院後
目標・退院基準					全身状態に問題がない。
検査					
処置					
注射		入院し次第、点滴をとり、ステロイドを投与します。	ステロイドを投与します。	ステロイドの投与が終わり次第、点滴を抜きます。	
内服薬	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
食事	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
飲水制限	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
活動	安静度	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
	排泄	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
	清潔	特に制限はありません。	シャワー浴可です。 点滴部分にはカバーをして防水します。	シャワー浴可です。 点滴部分にはカバーをして防水します。	特に制限はありません。
教育 説明 その他		看護師から入院生活について説明をします。		退院後の生活について説明をします。	
備考		体温、血圧などを指示された時間に測定します。	体温、血圧などを指示された時間に測定します。	体温、血圧などを指示された時間に測定します。	

この説明用紙は、治療のおおよその経過をお知らせするものです。状態に応じて予定が変更になることがあります。  
ご不明な点がございましたら、お気軽におたずねください。