

ステロイドパルス療法を受けられる(

)さんへ

説明日(/)

説明者氏名()

STA1100070

月日(日時)	/	/	/	/	/	/	/	
経過(病日等)	入院日	1日目	2日目	3日目	4日目~	退院前日	退院日	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ◇入院生活について理解できる ◇ステロイドパルス療法について理解できる ◇副作用なく治療が継続出来る ◇感染予防行動をとることができる 				◇目薬のさし方がわかる	◇退院後の生活が理解できる	【退院基準】 ◇退院準備が整う ◇副作用の出現がない	
治療・薬剤 (点滴・内服)	ステロイド薬の点滴をします 				ステロイド薬の飲み薬が始まります			
処置	必要時、目薬をします 飲み薬の確認をします  胃薬を飲みます							
検査	診察があります							
活動・安静度	制限はありません							
安全	リストバンドをつけます 転ぶ危険性がないか確認します ナースコールの使用方法について説明し、 ベッド柵は両側に設置します						リストバンドを外します	
食事	制限はありません	 水分摂取を心がけましょう 吐き気や食欲がない場合は変更できますのでお知らせ下さい 						
清潔	制限はありません 全身シャワーができます 	 うがいや歯磨き、手洗いなどの感染予防も忘れずに行いましょう 						
排泄	制限はありません 毎朝尿と便の回数を確認します							
患者様及びご家族への説明 生活指導 リハビリ 栄養指導 服薬指導	入院生活・看護計画の説明があります ステロイドパルス療法のスケジュールについて説明があります 感染予防について指導があります 夜間、眠れないときは眠り薬を渡すことができるので看護師にお知らせ下さい 薬剤師が服薬歴・持参薬等の確認をします	感染予防について指導があります		目薬の練習をします		退院後の生活について説明があります 薬剤師より服薬指導があります		

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。
 注2 入院期間については現時点で予想される期間です。