**スケジュール表　　　　　　　【　皮膚科　類天疱瘡　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　様　）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入院当日（　／　） | （　／　） | （　　／　　） | （　／　）～ | 退院予定 |
| 入院1日目 | 入院２日目 | 入院3日目 | 入院4日～ | 退院日 |
| **治療** | 医師が診察します  入院診療計画書をお渡します | 医師が診察します  必要な場合医師により皮膚処置を行います。 | 安静医師が診察します | 医師が診察します | 医師が診察します  201002 |
| **検査** | 血液検査があります |  |  |  | 血液検査があります |
| **安静度** | 病棟内歩行自由です | 病棟内歩行自由です | 病棟内歩行自由です | 病棟内歩行自由です | 病棟内歩行自由です |
| **観察** | 体温測定・血圧測定 | 体温測定・血圧測定 | 体温測定・血圧測定 | 体温測定・血圧測定 | 体温測定 |
| **清潔** | シャワー浴 | シャワー浴 | シャワー浴 | シャワー浴 | シャワー浴 |
| **排泄** | 通常通り | 通常通り | 通常通り | 通常通り | 通常通り |
| **食事** | 普通食または特別食 | 普通食または特別食 | 普通食または特別食 | 普通食または特別食 | 普通食または特別食 |
| **処置** | 医師の指示でステロイド療法を行います。  痛みやかゆみがある場合、気分が悪い場合は、我慢せずに申し出て下さい  点滴 | 医師の指示でステロイド治療を行います。  点滴 | 医師の指示でステロイド治療を行います。  ~202038点滴 | 医師の指示でステロイド治療を行います。  点滴 | ~210017 |
| **備考** | 看護師より治療のスケジュールの説明があります  ＜服薬指導＞  薬剤師が飲まれているお薬を確認します。お薬について、質問があればお尋ね下さい |  |  |  | ＜服薬指導＞  退院までに薬剤師が行います  ＜退院指導＞  退院後の生活について医師や看護師より説明が  あります  次回の外来受診日をお知らせします |

＊スケジュールは変更される場合があります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2019年8月　2日　徳島赤十字病院

上記説明を受け同意します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　患者様（側）　　署名　　　　　　　　　　　　　　説明看護師