**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