

入院診療計画書（クリニカルパス）

重症心身障害児施設レスパイト入所される方とご家族の方へ

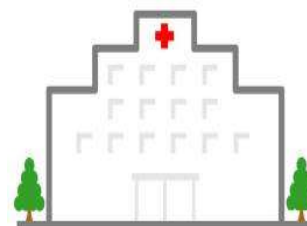
病名	
入院年月日	20 年 月 日
説明年月日	20 年 月 日
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医以外の担当者名	

以下の内容について主治医・担当看護師より説明を受けました。

20 年 月 日

患者氏名：

家族氏名：



病歴番号 950000-0

氏名 こども 太朗

生年月日 平成30年02月22日

病棟名

経過	入所当日から入所中（ 月 日から 月 日）	退院（ 月 日）
検査	* お子様の状態に応じて血液・尿・レントゲン検査などをする場合があります。	
処置	* 感染症（水痘、おたふく、風疹、麻疹）、アレルギーの確認をさせていただきます。 * 身長、体重、必要に応じて頭囲・胸囲・腹囲を測定します。 * 体温、脈拍、呼吸、血圧の測定をします。	* 体重を測定します。
治療	* 薬を飲んでいる方は、医師・看護師に薬の名前、服用時間・方法などをお知らせください。	* 退院時に必要があれば、お薬・診療材料物品を処方します。
薬剤		
安静度	* お子様の状態に応じて移動や体位交換をします。 * ご家族と医師・看護師一緒に全身の観察確認をさせていただきます。	* ご家族と医師・看護師一緒に全身の観察確認をさせていただきます。
リハビリ		
(PT・OT含む)		
日中活動 (遊びの時間)	* 日中活動計画に沿って、生活支援課職員が中心になり看護師とともに楽しい時間が過ごせるよう関わっていきます。	
栄養	* 食事または注入をします。食べ物のアレルギーのある方は、医師・看護師にお知らせください。	
清潔	* (月) (水) (金) 午後が入浴日になっています。 * それ以外の日は、必要に応じて対応させていただきます。	
排泄	* オムツ交換やトイレのお手伝いをします。 * 必要に応じて導尿や浣腸をする場合があります。	
患者さんおよびご家族への説明	* 入所当日に、普段の様子についておうかがいいたします。 * 持参されて物品や薬について、一緒に確認させていただきます。 * お子様の入所中に連絡がとれる電話番号をお知らせください。	* 入所中の処置や検査、お子様の様子についてお話をさせていただきます。

