

入院診療計画書（クリニカルパス）

短期レスパイト入所（入院診療計画書）される方とご家族の方へ

病名	
入院目的	レスパイト
入院年月日	
説明年月日	2024年3月26日
主治医氏名	
担当医氏名	
主治医以外の担当者名	

- この予定は現時点で考えられるものであり、変わることがあります。
- ご不明な点がございましたら、お尋ねください。
- 以下の内容について医師・看護師より説明を受けました。

この用紙は入院当日忘れずにお持ちください

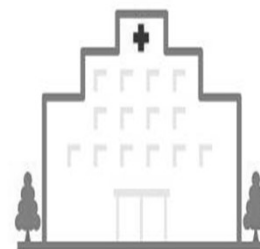
20 年 月 日

患者氏名：

家族氏名：

(続柄：)

患者番号 950000-0
氏名 こども 太郎
生年月日 2018/2/22
性別 男
病棟名



経過	入所当日から入所中 (月日 から 月 日)	退所 (月 日)
検査	*重症心身障害児施設レスパイト入所では、原則として検査は行いません。 *他施設、他病院に入所・入院をされた場合は培養検査を行うことがあります。	
処置	*自宅で行っている処置を継続します。 *ご家族と医師・看護師と一緒に全身の観察・確認をさせていただきます。 *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。	*必要に応じて体重を測定します。 *ご家族と医師・看護師と一緒に全身の観察確認をさせていただきます。
薬剤	*薬を飲んでいる方は、医師・看護師・薬剤師に薬の名前・服用時間・方法などをお伝え下さい。	
呼吸	*呼吸状態が安定して過ごせるように支援します。	
安静度	*お子様の状態に応じて移動や体位交換をします。	
日中活動 (遊びの時間)	*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	*皮膚の清潔を保つよう清潔ケアを行います。	
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伺いします。 *持参された物品や薬について、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。	*入所中のお子様の様子についてお話をさせていただきます。

