

带状疱疹治療を受けられる方へ

患者氏名 _____ 様

※ご不明な点は医師、看護師にお気軽にお申し出下さい。

平成 年 月 / 日	H 年 / ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
入院日数	入院時	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	退院日
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 医師による説明があります。 病状によっては他科に受診していただく事があります。 							<ul style="list-style-type: none"> 医師による説明があります。 
検査	<ul style="list-style-type: none"> 採血、検尿、レントゲン、心電図などがあります。 			<ul style="list-style-type: none"> 採血、検尿があります。 			<ul style="list-style-type: none"> 採血、検尿があります。 	
内服・注射	<ul style="list-style-type: none"> ご使用中のお薬すべてご持参ください。 内服や点滴について薬剤師が説明します。  <ul style="list-style-type: none"> 抗ウイルス剤の点滴を行います。1時間以上かかります。 							
看護	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活や治療で分からない事や、納得出来ない事がありましたらご遠慮なく看護師におたずねください。 体温測定や観察をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 痛みがあればお申し出ください。 体温測定や観察をします。 						
栄養	<ul style="list-style-type: none"> 普通食 (その他の疾病をお持ちの方は治療食となる事があります。) 							
活動	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 							
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 医師の許可があればシャワーできます。入浴できない方は清拭をします。 							
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院案内を外来で行います。(必要書類をお渡ししますので、提出をお願いします) 病棟の構造や規則、看護について看護師が説明します。 アンケート用紙をお渡しします。 							<ul style="list-style-type: none"> 退院後の外来受診について説明します。 アンケートにご協力いただける方は用紙を投函箱にお入れください。 