

@PATIENTID

# 入院診療計画書

様式10の2

@PATIENTNAME

@PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

\_\_\_\_\_  
@PATIENTNAME

様

病名 [ アナフィラキシー

]

症状 [

]

経過	1日目 (入院日)	2日目 (退院予定日)
日時 (手術日)	@SYSDATE	アレルギー症状が消失していれば退院になります。
治療 薬剤 (点滴・内服等)	症状に応じて抗ヒスタミン薬、ステロイド薬などや昇圧剤の投与、酸素や気管支拡張薬の吸入、補液などを行います。	
検査	特に予定ではありません。必要に応じてアレルギー検査等追加します。	
安静度・リハビリ (訓練・指導を含む)	病棟内	
食事 (栄養士による指導も 含む)	入院後は禁食ですが、経過に応じてアレルギー食をお出しします。	
看護計画	・全身状態の観察、異常の早期発見に対応できるよう努めます。 ・入院中の日常生活の援助をさせていただきます	
特別な栄養管理の必要性	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
患者さま及びご家族へ の説明指導事項		

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、後検査等を進めていくにたがって変わり得るものです。

注2 入院期間については、現時点で予想されるものです。

注3 当院は救急病院のため、急性期を過ぎた場合に転院をお願いすることがあります。

本人(家族)署名欄: \_\_\_\_\_

主治医: @USERNAME \_\_\_\_\_

担当看護師: \_\_\_\_\_