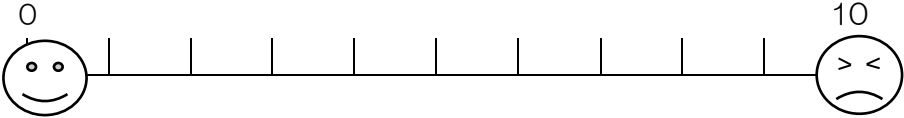


アトピー性皮膚炎で入院される患者様へ

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____ No1/1

日付	/ /	/ /	/ ~ /	/ ~ /
入院日数	1日目	2日目	3~6日目	7~9日目
イベント	入院日	治療中		治療~退院日
目標 <small>毎日看護師と評価します</small>	<input type="checkbox"/> 治療についてわかる。		<input type="checkbox"/> 皮疹の悪化がなく、かゆみがコントロールできる。	
	<input type="checkbox"/> 入院生活、パスの内容がわかる。		<input type="checkbox"/> 指示通りに軟膏処置・服薬を自己管理できる。	
内服 注射	<input type="checkbox"/> 入院時より皮疹が軽快する。 <input type="checkbox"/> パンフレットの内容がわかる。			
検査	<input type="checkbox"/> かゆみが強い時や眠れない時は、かゆみ止めや眠剤の内服がありますので、看護師にお知らせ下さい。			
治療 処置	<input type="checkbox"/> 採血があります。			
食事 飲水	<input type="checkbox"/> 平日午前中に回診またはシャワー浴後に皮膚の状態を診させていただきます。 <input type="checkbox"/> 1日2回軟膏処置を行います。退院後も軟膏処置を継続するため、少しずつご自分でできるようにしましょう。 午前（ : ）～薬浴室でシャワー浴をしていただき、その後処置室で軟膏処置を行います。シャワー浴が終了したらナースコールでお知らせ下さい。 午後（ : ）～処置室で軟膏処置を行います。（シャワーや清拭は行わず、軟膏を重ね塗りします） 皮膚の状態によっては手足をガーゼや包帯で保護させていただきます。			
	清潔	<input type="checkbox"/> 常食が出ます。		
安静 活動	<input type="checkbox"/> 毎日シャワー浴をしていただきます。			
説明 指導	<input type="checkbox"/> 制限ありません。			
	<input type="checkbox"/> 爪を短く切り、必要があれば綿の手袋を用意していただく場合があります。 <input type="checkbox"/> 綿以外の肌着は皮膚への刺激となってしまうので、着用を避けて下さい <input type="checkbox"/> 冷やすとかゆみは和らぎます。アイスノンを使用する際は、場所をご案内します。 <input type="checkbox"/> 毎日かゆみを数値でお聞きします。全くかゆみが無い状態を「0」、これ以上我慢できないほどのかゆみを「10」とします。 今のかゆみの程度を「0」から「10」の間のどの数字に当てはまるか教えてください。			<input type="checkbox"/> 退院後も毎日のシャワー浴、軟膏処置、服薬は確実にいきましょう。 <input type="checkbox"/> 退院後も定期的な外来通院は必要です。皮膚の症状が悪化した際は早めに受診しましょう。
		<input type="checkbox"/> 全くかゆみが無い状態		<input type="checkbox"/> これ以上ないほどかゆみが強い状態

注) 現時点で考えられる予定であり変更になることがあります