

ID		患者氏名	
----	--	------	--

ステロイド漸減療法(突発性難聴)を受けられる方へ【患者用臨床パス(入院スケジュール)】

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
達成目標	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	治療による副作用なく入院生活を送ることができる	退院後の生活が理解できる
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 聴力検査(変更あり)			<input type="checkbox"/> 聴力検査(変更あり)			<input type="checkbox"/> 採血(省略する場合あり)	【退院基準】 ①副作用がない ②めまいがない ③食事が可能である 【退院後の治療計画】 内服治療、聴力検査
内服薬 注射	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	<input type="checkbox"/> ステロイドの点滴をします <input type="checkbox"/> 胃薬の内服があります	【指導】 内服指導 退院指導 
活動 安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	【退院後の生活について】 眩暈などの症状に合わせて少しずつ活動し、ストレスをためないような生活をしましょう
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	【連絡先】 徳島大学病院:088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 外来:電話 088-633-7166
清潔	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	
指導 説明 書類	<input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 医師より治療内容の説明 						<input type="checkbox"/> 診断書・保険書類等がある方は診断書窓口へ持参してください	
リハビリ その他								