



带状疱疹治療を受ける患者さまへ(2回)

患者氏名 ○ 様

担当医: ○ 印 受け持ち看護師 _____

病名: 带状疱疹 症状: 痛みと水疱を伴うウイルス性の皮疹

月日	1月0日	1月6日					1月7日	
項目	入院日	2日目~7日					退院日	
達成目標	☆疾患及び治療の必要性が理解できる	☆疼痛のコントロールができる ☆皮膚の二次感染を起こさない					☆自宅での傷の処置ができる	
治療・薬剤(内服)	<input type="checkbox"/> 点滴を(1回・2回)行います <input type="checkbox"/> 持参薬は(継続・中止)して下さい <input type="checkbox"/> 処方薬は(患者管理・看護師管理)となります <input type="checkbox"/> 軟膏処置は(患者管理・看護師管理)となります <input type="checkbox"/> 疼痛時・不眠時は看護師に伝えて下さい	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 点滴を2回行います(10時/22時)	<input type="checkbox"/> 朝6時頃点滴します 点滴が終わったら針を抜きます <input type="checkbox"/> 退院処方薬は継続して下さい(痛み止めは、痛みの様子で回数を減らしてもかまいません) <input type="checkbox"/> 軟膏も継続して塗布して下さい
活動・安静度	<input type="checkbox"/> 病室内です <input type="checkbox"/> 病棟内です <input type="checkbox"/> 制限はありません <input type="checkbox"/> シャワー浴が可能です。石けんやボディソープを使用するのはかまいません 患部を強くこすらないようにしてください。水疱をつぶすと、感染の原因になります <input type="checkbox"/> かいいたりしないように注意してください						<input type="checkbox"/> 制限はありませんが激しい運動は避けて下さい <input type="checkbox"/> 十分な休息、栄養をとり、体力を低下させないようにして下さい <input type="checkbox"/> 入浴は可能です	
食事	・食事療法中の方はお知らせください <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性(有・無) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 (kcal)						<input type="checkbox"/> 制限はありません <input type="checkbox"/> カロリー・塩分制限をされていた方は継続して下さい	
排泄	 <input type="checkbox"/> 病室内のトイレを使用して下さい <input type="checkbox"/> お身体の不自由な方は(尿器・ポータブルトイレ)を使用して下さい 必要に応じてお手伝いします							
患者様およびご家族への説明	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 適宜血液検査などを行いません <input type="checkbox"/> 点滴、軟膏処置ガーゼ保護について説明します <input type="checkbox"/> 水ぼうそうにかかったことのない方は、带状疱疹としてではなく水ぼうそうとして感染する事があります。小さなお子様や妊婦さんとの接触はひかえるようにしてください					<input type="checkbox"/> 適宜血液検査などを行います <input type="checkbox"/> 水ぶくれや、痛み、しびれなど症状に変化があった場合にはご相談ください	 <input type="checkbox"/> 退院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 10時以降に会計窓口でお支払いができます その後病棟で診察券、薬、書類をお受け取り下さい	

注1 場合によっては内容を変更することがあります。

上記内容について説明を受け、内容を理解し(同意します・同意しません)

年 月 日 患者氏名

(代理人の場合) 代理人名

(続柄)