

# 入院診療計画書：気管支喘息パス

病棟

号室

患者氏名：<<ORIBP\_KANJI>> 様

<<DYTODAY>>発行

月日	/ ~ #VALUE!	#VALUE! ~ 頃
経過	入院日 ~ 3日目	4日目 ~ 退院
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>喘鳴が軽減する</li> <li>呼吸困難がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸が楽になり普段に近い生活ができる</li> <li>入眠できる</li> <li>機嫌がよくなる</li> </ul>
治療計画 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間点滴を行います</li> <li>状態により抗生物質を使用することがあります</li> <li>状態によりステロイド剤を使用することがあります</li> <li>呼吸を楽にするための吸入を行います。咳が多い時は追加吸入することがあります</li> <li>眠っている時にも吸入を行います</li> <li>お薬は忘れずに服用しましょう</li> <li>その他、症状に応じて追加することもあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて点滴を中止します</li> <li>お薬は医師の指示があるまで続けます</li> <li>退院に向けて、吸入器の購入や吸入ステロイド剤の必要性を検討します</li> </ul>
処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>症状によって酸素マスクや加湿付き酸素の吹きかけを使用することがあります</li> <li>点滴の漏れがないか確認していきませんが、点滴刺入部の痛みや腫れがある時にはお知らせ下さい</li> </ul>	
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要があれば採血やレントゲンの撮影を行います</li> </ul>	
活動 安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドの上で過ごしましょう</li> <li>呼吸の状態によってトイレまで歩行できます</li> <li>入院や点滴により行動が制限されるためストレスが生じます</li> <li>最小限のおもちゃであれば持参しても構いませんが、周りのお子さんの迷惑にならない様をお願いします</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>食べられないもの（アレルギーなど）やご希望がありましたら教えて下さい</li> <li>食欲がない時には病院食以外で好きな物を食べても構いません</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日、体を拭いて着替えます。状態に応じてシャワー浴ができます</li> <li>看護師が行くと恐怖心により泣き出したり騒いでしまう恐れがありますので、ご家族にお願いすることもあります</li> <li>発汗やお漏らし等でシーツや病衣が汚れた時は交換しますので遠慮なく声をかけて下さい</li> </ul>	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>おしっこと便の回数を記録してください</li> </ul>	
教育 指導 説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師が入院中の生活について説明します</li> <li>入院中はご家族に付き添っていただきます</li> <li>お子さんの点滴は輸液ポンプで管理していきま</li> <li>アラームが鳴りましたらお知らせください</li> <li>感染症がある場合にはガウン、マスクを着用していただきます</li> <li>子供の行動は予想がつかず、ベッドからの飛び降りや転倒の危険があります</li> <li>ご家族の方はできるだけお子さんから目を離さないようお願いします</li> <li>目を離す時やそばを離れる時は必ずベッド柵を上げて下さい</li> </ul>	<p>退院後の生活</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴は退院後より可能です</li> <li>通園・通学については退院時にお知らせします</li> <li>次回外来やお薬については退院時にお知らせします</li> </ul>
特別な栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> 有 栄養状態に合わせた栄養管理を行います <input type="checkbox"/> 無	
<p>病名： _____ 佐賀県医療センター好生館 小児科</p> <p>主治医：&lt;&lt;ORDCT_S_A&gt;&gt; ㊟</p> <p>看護師：&lt;&lt;ORDCT_N_A&gt;&gt; ㊟</p> <p>症状： _____</p> <p>主治医以外の担当者名：            担当医 &lt;&lt;ORDCT_T_A&gt;&gt;            薬剤師 ▲▲▲            管理栄養士 ▲▲▲</p> <p>上記について説明を受けました。      平成      年      月      日</p> <p>患者氏名： _____ ㊟（印鑑がない場合は自署）</p> <p>親族氏名： _____ ㊟（患者本人が未成年または親族の同意が必要な場合に記入）</p>		

注1：病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにし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。