

アナフィラキシー の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: アナフィラキシー 症状: □皮膚症状(紅斑・蕁麻疹・掻痒)
□消化器症状(嘔吐・下痢・口腔内違和感) □呼吸器症状(咳嗽・喘鳴・呼吸苦)
□循環器症状(血圧低下) □意識障害

経過	入院日 (/)	退院日 (/)
患者目標	入院して安静にします 	アナフィラキシーの症状が再燃していないことを確認できれば退院可能です
治療・処置	点滴をします 1日3回程度, 呼吸, 心拍数などを測定します 皮膚のかゆみがある場合には飲み薬や軟膏などを処方します 	食事が十分に取れるようであれば点滴を終了します 
活動	基本的にベッド上で過ごして下さい トイレまでの歩行は可能です 	基本的にベッド上で過ごして下さい トイレまでの歩行は可能です
食事	医師の指示によりアレルギーに対応した食事を用意します	医師の指示によりアレルギーに対応した食事を用意します
説明・指導	<input type="checkbox"/> 救急外来にて、今後の経過の予測についてご説明します <input type="checkbox"/> アナフィラキシー症状とその対応について説明します <input type="checkbox"/> 食品のアレルギー、いつも飲んでいる薬があれば教えてください <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 必要な場合、抑制をさせていただきます	<input type="checkbox"/> 退院が可能かどうか説明します <input type="checkbox"/> 必要な方には次回外来の案内、もしくはかかりつけ医への紹介を行います 

主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____
 年 月 日 上記の説明を受けました。
 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____
 メモ: _____

2018/1/15 作成
2018/6 改訂