
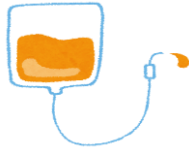




食物負荷試験（日帰り）の患者さん（入院診療計画書）

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: 食物アレルギー 症状: 食物アレルギー

| 経過 | 入院日 (/ /) | | |
|---|--|---|---|
| | 検査前 | 検査中 | 検査後 |
| 患者目標 | 安全に負荷食品が摂取できる | 不安なく検査を進めましょう | 負荷食品の摂取可能量が予測できる |
| 治療・処置 | 熱や血圧を測ります 必要に応じて酸素のモニターを手または足の指につけます  | アレルギー症状の出現時は、担当医の指示により必要な治療をします <input type="checkbox"/> レボセチリジンの内服 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> エピネフリンの筋肉注射 <input type="checkbox"/> 酸素の吸入 <input type="checkbox"/> 点滴  |  |
| 活動 | 検査中以外は歩行自由です | 負荷試験中はベッド上安静です トイレ歩行時は必ず保護者が付き添ってください | 病棟内は歩行自由です |
| 食事 | | 負荷試験終了まで水分(水・お茶)のみ飲めます 担当医の許可確認後、軽食(おにぎり又はおかゆ)が食べられます | |
| 清潔 | | | |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <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"/> 退院後の生活上の注意について、担当医から説明があります |
| 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。 | | メモ: _____ _____ | |
| 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____ | | | |

2018/10/17 作成
2020/9/30 改訂