





食物負荷試験（一泊）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 (/ /)			退院日 (/ /)
	検査日	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 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"/> サルタノールの吸入 <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			負荷試験終了後、シャワー浴ができます	
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"/> 食物負荷試験の結果を説明します <input type="checkbox"/> 退院後に症状が出現した時の対応について説明します
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: _____	