

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

入院日:

経過	1900/1/0			1900/1/1		
	検査日	検査中	検査後	退院日		
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られる		負荷食品の摂取可能量が予測できる		
治療・ 処置	体温や血圧を測ります 酸素のモニターを手または足の指に付けます 	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 ☐ 抗ヒスタミン薬の内服 ☐ 気管支拡張薬の吸入 ☐ アドレナリンの筋肉注射 ☐ 酸素の吸入 ☐ 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			朝食を食べられます		
		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			担当医の許可後、シャワー浴ができます			
説明・ 指導	☐ 病棟内の説明をします		☐ 16～16時半頃に最終診察を行い、負荷試験結果を説明します ☐ 結果説明後は保護者の方はご帰宅いただけます	☐ 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 ☐ 忘れ物がないかスタッフと確認します		
「栄養管理/ 褥瘡対策」 要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性		実施有無:	有	日程:	
	☐ 瘡対対策に関する計画の必要性		内容:	食物負荷試験		

主担当医氏名: 印 主担当医以外の担当者: _____

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

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: _____

