

入院診療計画書（成長ホルモン分泌不全で入院される方へ）

日付： _____

入院期間 _____ 日間

病棟： _____

ID： _____

様 病名(主要病状等)^{(注)1} 成長ホルモン分泌不全、下垂体機能低下症

経過 ^{(注)2}	入院日	退院予定日 ^{(注)2}
<p>月日 / /</p> <p>治療薬剤 (点滴・内服)</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬液の注入や、採血に使用するため、点滴針を留置します 血液、尿検査があります <p>処置</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査の為、尿をためてもらいます <p>検査</p> <ul style="list-style-type: none"> 下垂体を刺激する薬を注射して検査を行います (内服や点滴を行い、採血・血圧測定を2時間後まで行います。検査中に気分が悪くなったときは、必ず看護師にお知らせ下さい) 	<p>入院期間中に頭部MRIの検査があります</p>	<ul style="list-style-type: none"> 成長ホルモン注射の指導を行うことがあります <p>【退院の目安】 ・検査終了後、退院となります</p>
<p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査中は食事・飲水は、できません。検査後に食事をお持ちします *食べ物アレルギーがある方はお知らせ下さい 形態により、食事の変更を希望される方はご相談下さい ・持ち込み間食は禁止です 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後の内服や生活、次回来院日などについてご説明いたします 診察券をお返しします お帰りになる際にネームバンドを外します *次回受診時は、診察券と保険証をご持参ください
<p>安静度</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査中はベッド上で安静にしてください 検査終了後は普段通りの生活ができます。点滴針が固定してありますので、抜去等のトラブルに注意して下さい 		
<p>清潔</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎日タオルで体を拭きます（入院日・日・祭日は除きます） 		
<p>説明</p> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時の説明があります ・ベッドからの転落を防ぐ為に必ずベッド柵を上げておいてください ※付き添いの方がお子様のそばを離れられる時は、看護師に声をかけて下さい ・医療安全の為ネームバンドをつけます 		<p>お支払いは2階6番窓口になります</p>

(注) 1 病名(主要症状等)などは、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものです。

(注) 2 退院予定時期については、現時点で予想されるものです。何か御不明な点がありましたら担当主治医もしくは看護師にお尋ねください。

特別な栄養管理の必要性： 有・無

(本人・家族)： _____

(受け持ち看護師)： _____

薬剤師： _____
栄養士： _____

(主治医) _____ 印
国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 PK-07-① H24.1登録 H30.4改訂