






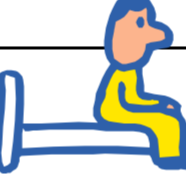
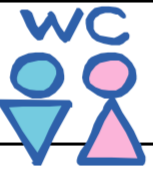








食物アレルギー負荷試験()を受けられる患者様へ (入院診療計画書・クリティカルパス)

ID: _____ 氏名: _____ 様 _____ 科 _____ 病棟 _____ 主治医: _____ 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: _____

項目	1日目 /		1日目~2日目 / ~ /			2日目 /	
	入院時		検査前	検査中	検査後	検査後	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 検査の必要性についてご理解いただけるように援助いたします。 		<ul style="list-style-type: none"> 安全に検査が受けられ、症状の出現に注意しながら援助いたします。 			<ul style="list-style-type: none"> 負荷試験の結果、栄養指導の内容がご理解いただけるように援助いたします。 	
検査・処置	<ul style="list-style-type: none"> 小児科外来で診察をいたします。 入院する病棟へご案内します。  		<ul style="list-style-type: none"> 検査前に体温、脈拍、血圧を測定いたします。 指に血液中の酸素を測る機会を付けます。  	<ul style="list-style-type: none"> 10時00分から60分ごとに2回に分けて(または単回で)検査食を食べていただきます。 アレルギー反応が出ないか看護師が様子を観察します。(息苦しさ、下痢、嘔吐、皮膚の赤み・かゆみ、顔色不良、血圧低下 等) 	<ul style="list-style-type: none"> 体温、脈拍を測定いたします。 	 	
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内でお過ごしてください。 		<ul style="list-style-type: none"> 検査開始後、医師の指示があるまでトイレ以外はベット上でお過ごしてください。 			<ul style="list-style-type: none"> 検査が終了すれば特に制限はありません。 医師の許可が出ましたら、入浴、プレイルームで遊ぶことができます。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は軽めに食べてきて下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 検査で出された食品以外食べることはできません。 検査中は水かお茶以外は飲まないでください。  			<ul style="list-style-type: none"> 昼食より食事をお出しします。 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 						
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて行います。(口有/口無) 						
患者様及びご家族への説明 栄養指導 服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活について説明があります。 普段から飲んでいる薬があればお預かりします。 アレルギーの薬は3日前から中止してください。 検査内容やアナフィラキシーショックなどの危険性について医師から説明があります。 		<ul style="list-style-type: none"> お子様の安全のためにベッド柵は必ず上段まで上げ、転倒転落にご注意下さい。 オリエンテーションを行います。  			<ul style="list-style-type: none"> 夜間、状態観察のためにお部屋に伺います。 入眠中でも体温、脈拍を測定させていただきます。 2日目の朝食も軽めに食べて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 負荷試験の結果について医師より説明があります。 栄養士より、今後の食生活についての説明があります。 退院の書類、薬の説明があります。 お預かりした薬は返却します。 
その他	<ul style="list-style-type: none"> 何かご不明な点等がありましたら、看護師にご相談ください。 						

本人・家族ご署名: _____

竹田総合病院 小児科 平成31年2月 改訂