



慢性腎炎症候群 ステロイドパルス療法を受ける方へ（2回目以降：2泊3日）

ID： 氏名： 様 主治医： 担当看護師：

月 日	/	/	/	/
経 過	外来	入院日	入院2日目	退院日
目 標	・安全、確実に点滴が施行できるように努めます。			
検 査 処 置	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食前に血糖測定を行います。 ・適宜血圧測定を行います。 ・体重測定を行います。 ・飲水量を測定します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食前に血糖測定を行います。 ・適宜血圧測定を行います。 ・体重測定を行います。 ・飲水量を測定します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食前に血糖測定を行います。 ・適宜血圧測定を行います。 ・体重測定を行います。 ・飲水量を測定します。 	
投 薬 (内服)	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬を確認します。 入院時に持参してください。 ・入院日よりプレドニゾロン薬は休薬します。 			
投 薬 (注射)	<ul style="list-style-type: none"> ・約2時間点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・約2時間点滴を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> ・約2時間点滴を行います。
安 静	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません ・原則として、外泊・外出できません。 			
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・絶食は必要ありません。 食事制限されていた方はこれまで通りです。 			
清 潔	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワー可能です。 			
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・尿量測定を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・尿量測定を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> ・尿量測定を行います。
説 明 指 導	<ul style="list-style-type: none"> ・入院治療マップをお渡しし入院に必要な物品の説明を行います。 ・緊急連絡先を確認します。 ・薬、食事などのアレルギーの有無を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険外負担の同意書、問診票を提出して下さい。 ・入院診療計画書をお渡しします。 ・入院生活について説明します。 ・必要物品の説明を行います。 ・管理栄養士より栄養指導を行います。 ・薬剤師より服薬について説明を行います。 		<ul style="list-style-type: none"> ・看護師より内服薬、退院後の生活次回外来予約の説明があります。 ・退院療養計画書、退院証明書をお渡しします。

退院翌日からプレドニゾロン（ステロイド）指示量での内服が再開されます。