


【 **入院診療計画書** : **BTX注射** 】 ID

- 【 病名： 重症痙性麻痺 】 氏名 様
- 【 特別な栄養管理の必要性 :  あり  なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。】
- 【 栄養計画 :  食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。  食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】
- 【 総合的機能評価 :  あり  なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注：病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

| 日時        | 入院1日目  | 入院2日目 |
|-----------|--|-------|
| 目標        | modified Asworth scale(MAS)で痙性の程度を評価します  |       |
| 治療処置      | エコーを当てながらボツリヌス毒素を対象筋に筋注します   |       |
| 安静度       |  |       |
| リハビリテーション | 痙性の評価を行います   |       |
| 説明指導      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時オリエンテーション</li> <li>・持参薬確認</li> </ul>  <p>手に注射をする方は注射前に手洗いをします<br/>時間になったら看護師と共にエコー室へ向かいます</p> | 退院予定  |

|                                  |  |       |      |       |   |   |
|----------------------------------|--|-------|------|-------|---|---|
| 上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。 |  | 同意年月日 | (西暦) | 年     | 月 | 日 |
| 本人/親族<br>または代理人(続柄)              |  | 主治医   | 印    | 説明看護師 |   |   |