

顔面神経麻痺(ベル麻痺)の治療を受けられる方へ

患者氏名: @PATIENTNAME 様 (ID: @PATIENTID)

	1日目	2日目	3日目～6日目	7日目	8日目(退院日)	9日目	10日、11日目	12日、13日目	14日目以降
	月 日	月 日	月 日～ 日	月 日	月 日	月 日	月 日、 日	月 日、 日	月 日頃
達成	血圧、脈拍、体温、呼吸が安定している。				発熱がない				
治療処置薬剤	ネームバンドをつけます。 点滴をします。  いつも飲んでいる薬を確認させていただきます。内服薬が処方されます。 点眼薬、眼軟膏があります。 	朝、診察があります。		今日で点滴は終わりです。	プレドニソ4錠を朝食後に飲みます。	プレドニソ2錠を朝食後に飲みます。	プレドニソ1錠を朝食後に飲みます。		経過により、指示があります。
リハビリ	リハビリや麻酔科受診の説明があります								
検査	聴力・採血・顔の動きの評価等検査を行います。必要時頭部MRIの予約をします。 	毎日顔の動きの評価をします。	必要時採血、聴力検査等させていただきます。						
安静度活動	できるだけ安静にしましょう。					学校や仕事に行ってもかまいません。			
食事栄養	普通に食事をしてかまいません。タバコやアルコールはやめましょう。 								
清潔	入浴してもかまいませんが、長湯はやめましょう。 				普通に入浴しても良いです。 				
排泄	制限はありません。								
教育説明指導	医師から病気について説明します。看護師から入院、日常生活の注意点について説明します。 	病気、治療、日常生活など分からないことや疑問なことがあれば、遠慮なくたずねてください。			  退院について説明があります。				

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることがあります。
注2 入院期間については現時点で予想されるもので変更することがあります。