

# 帯状疱疹 (ビクロックス2V) バリエーション (有り 無し)

患者名 \_\_\_\_\_ 指示医署名 \_\_\_\_\_ 担当医署名 \_\_\_\_\_ 担当看護師署名 \_\_\_\_\_

日数	1 (入院)	2	3	4	5	6	7	8 (退院)
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標	痛みの軽減 							退院基準：日常生活を妨げる程の痛みがない、皮疹がほぼ痂皮化
内服	<input type="checkbox"/> 内服開始 <input type="checkbox"/> ロルフェナミン <input type="checkbox"/> メコバラミン <input type="checkbox"/> ムコスタ 3T分3後、8日分	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	
点滴	<input type="checkbox"/> 点滴開始 <input type="checkbox"/> ビクロックス 11V 生食100mL 1時間で 1日 ( ) 回 朝・夕	<input type="checkbox"/> 点滴継続 生食100mL 1時間で 朝・夕	<input type="checkbox"/> 点滴継続	<input type="checkbox"/> 点滴継続	<input type="checkbox"/> 点滴継続	<input type="checkbox"/> 点滴継続	<input type="checkbox"/> 点滴継続 点滴終了、抜針	
軟膏処置	<input type="checkbox"/> 水疱：アラセナ 1日1回外用し、 <input type="checkbox"/> 痂皮：ゲンタシン ガーゼ保護 <input type="checkbox"/> 							
約束指示	<input type="checkbox"/> 疼痛時 レクトス (25) レクトス (50) ロキソニン1T	<input type="checkbox"/> 発熱時38.5度以上 レクトス (25) レクトス (50) ロキソニン1T	<input type="checkbox"/> 不眠時 レンドルミン1T <input type="checkbox"/> 便秘時 プルゼニド2T	<input type="checkbox"/> 血圧上昇時 200/100以上で アダラート1T	<input type="checkbox"/> 持参薬 有り 継続  <input type="checkbox"/> 持参薬 無し <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 退院時処 <input type="checkbox"/>		
検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 胸部Xp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/>							
活動・安静度	<input type="checkbox"/> 制限無し <input type="checkbox"/>							
栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ( ) 食、 ( ) kcal <input type="checkbox"/>							
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 洗髪 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/>							
排泄	<input type="checkbox"/> フリー 基礎疾患があれば、 それに準ずる <input type="checkbox"/>							
教育・指導	入院時オリエンテーション、入院治療計画書、服薬指導							退院療養計画書、服薬指導