








円形脱毛症ミニパルス療法を受けられる患者さんへ

患者ID: _____ 氏名: _____
 主治医: _____ 担当医: _____ 受持看護師: _____

	/ 入院1日目	/ 入院2日目	/ 入院3日目	/ 入院4日目
目標	点滴による合併症（不眠・動悸・血圧上昇）がない			
治療 処置	 			
点滴	点滴をします			
内服	現在内服している薬は続けて服用してください。 眠れない時はお薬を処方しますので、お知らせください。			
検査				
安静度	安静に制限はありません			
食事	制限はありません			
清潔	  シャワー浴ができます			
説明	リストバンドを付けます。 医師から治療の説明があり、同意書の取得を行います。 看護師から入院中の生活についてお話します	入院証明書などの書類があれば、早めに提出してください 		 何でもご相談ください！