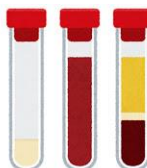



患者 ID:@PATIENTID

## 入院診療計画書 リツキシマブ療法 リツキシマブの点滴を受けられる方へ

( ) 病棟 ( ) 号室 氏名 (@PATIENTNAME 様) 説明年月日 年 月 日

病名・症状 ( ) 入院目的 ( リツキシマブ点滴 ) 推定される入院期間 約 3 日間 特別な栄養管理の必要性 ( 有・無 )

経過	入院日	投与日	退院日 ( / )
達成目標	<ul style="list-style-type: none"><li>・リツキサンの点滴に対する不安がない。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・リツキサン点滴に伴う副作用症状がない。</li></ul>	
処置・検査	<ul style="list-style-type: none"><li>・検温を行います。</li><li>・入院後採血、心電図、胸部レントゲン検査があります。</li></ul> 	<ul style="list-style-type: none"><li>・点滴の針を留置します。</li><li>・点滴の始まる前にアレルギー予防の内服を飲んでいただきます。</li><li>・リツキサンの投与を行います。</li><li>・点滴終了後針を抜きます。</li></ul>	
安静度	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・リツキサン投与中のみ病棟内となります。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>
清潔	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・点滴中のみシャワー・入浴はできません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・制限はありません。</li></ul>
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"><li>・健康状態や内服中のお薬などの情報を聞かせていただきます。</li><li>・病院、病棟のオリエンテーションをします。</li><li>・リツキサンの投与について看護師・薬剤師より説明を行います。心配なことやきになることがあれば遠慮なく声をかけて下さい。</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>・退院の説明があります。</li><li>・気になる点がございましたら、遠慮なく声をかけてください。</li></ul> 

注1) 診療内容は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

兵庫医科大学病院 血液内科 2024.3.25 作成

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

承認番号 75000-00

主治医	印
-----	---

説明看護師署名	
---------	--

主治医以外の担当者署名	
-------------	--

上記の通り、診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。 (

年 月 日)

本人署名	
------	--

親族又は代理人署名	
-----------	--