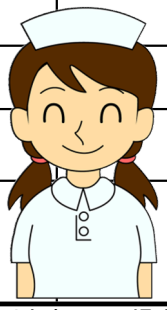
患者ID

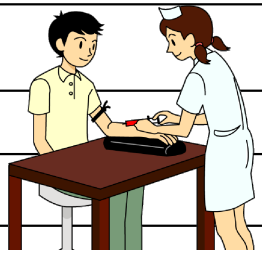
【入院診療計画書】ヒュミラ®による治療を受けられる（　　）様へ　（　　年　　月　　日）

消化管内科　　病棟・病室（　　号）　　病名（　　）　　入院目的　ヒュミラ®による治療

症状（腹痛、下痢）　手術内容及び日程（　　）　推定される入院期間（約 2 日）　特別な栄養管理の必要性　有 ・ 無

月日 ／ 項目	／ 入院・投与当日	／ 退院
活動・安静度	病院内を歩行していただけます。 ヒュミラ®投与後も特に制限はありません。	抵抗力が落ちているため、 退院後は手洗い・うがいをしっかりとし、 人ごみを避けましょう。 外出時はマスクを着用するようにしましょう。
食事	エレンタール、食事は主治医の指示に従ってください。	
内服	薬剤師が持参された内服薬を確認し、一旦お預かりします。 主治医の指示にしたがって内服していただきます。	お預かりしているお薬があれば全てお返しします。
治療・薬剤・処置	ヒュミラ®投与後に数回体温・血圧・脈拍などを測ります。 自己注射を行うための指導やDVD鑑賞などを適宜実施します。	
検査	採血をすることがあります。 胸部レントゲン検査を行います。	採血をすることがあります。
清潔・排泄	特に制限はありません。	
必要書類	入院診療計画書、治療の同意書に署名・捺印をお願いします。	
患者さん及びご家族への説明、その他（リハビリテーション等の計画）	医師と看護師からの説明があります。 ヒュミラ®自己注射や副作用などについて心配なことや気になる事があれば遠慮なく声をかけて下さい。	





注1）診療内容等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したがって変更する場合もあります。その場合は再度説明いたします。

注2）入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医署名【　　】　　看護師署名【　　】　主治医以外の担当者署名【　　】

上記のとおり診療計画内容について十分説明を受けました。　（　　年　　月　　日）

患者本人署名　　親族又は代理人署名　　患者との続柄