



インフリキシマブによる治療を受けられる患者さんへ

入院診療計画書

ご説明年月日 年 月 日

患者名	病棟・病室	病棟	号室 病名	症状
入院目的	インフリキシマブによる治療	手術内容及び日程	推定される入院期間 2日	特別な栄養管理の必要性 有・無
主治医署名	担当看護師署名	主治医以外の担当者署名		

項目	月日 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が、インフリキシマブ投与中は病棟内の歩行のみとなります。 投与中以外は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		
内服	看護師が持参された内服薬を確認し 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	体重、身長を測り、インフリキシマブ投与を行います。 投与中に体温・血圧・脈拍を測ります。	特にありません。
検査	採血をすることがあります。	特にありません。
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。 インフリキシマブ投与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があります。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。

説明医師より診療計画について十分説明を受けましたので同意します。

同意年月日 年 月 日 患者本人署名

親族又は代理人署名

(患者との続柄)