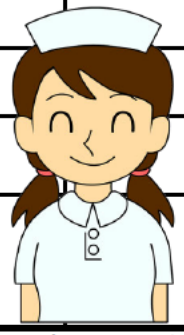
患者ID @PATIENTID

【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）

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

症状（　　）　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。	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をお願いします。	
患者様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