




入院診療計画書 自家造血幹細胞移植 造血幹細胞採取を受けられる方へ

血液内科 () 病棟 () 号室 氏名 () 様 手術内容及び日程 ()

病名・症状 (自家造血幹細胞移植) 入院目的 (末梢血幹細胞採取) 推定される入院期間 (約 7 日間) 特別な栄養管理の必要性 ; 有・無

経過	入院日 (/)	入院 2 日目～採取前日 (/ ~ /)	採取 1 日目 (/)	採取 2・3 日目 (/ ・ /)	退院日 /
達成目標	●採取に対する不安がない。		●疼痛がコントロールできる (薬剤使用可)。 ●治療に伴うその他の副作用症状がない。		
処置検査	●検温を行います。 ●入院時及び毎朝 6 時～8 時に採血があります。				
	●入院後と 18 時に G-CSF 製剤 (白血球を増やす薬剤) を注射します。	●10 時・18 時に G-CSF 製剤を注射します。 	●朝 7 時に G-CSF 製剤を注射します。翌日も採取がある場合は、18 時にも注射を行います。 ●カテーテルの穿刺部位に痛み止めの貼付薬を 7 時に貼ります。 ●採取は 10 号館 5 階の採血室で 3～5 時間かけて行います。9:20 着で 10 号館 5 階の採血室へ移動していただきます。場所は病棟の看護師が案内します。 ●採血室で、体温、血圧を測り心電図モニターをつけます。 ●通常両腕に採血用と返血用のカテーテルを挿入します。血管確保が難しい場合は、足の付け根の血管にカテーテルを挿入する場合があります。 ●採取中は、低カルシウム血症によるしびれを予防するために、カルチコール (カルシウム製剤) の点滴を行います。	●朝 7 時に G-CSF 製剤を注射します。翌日も採取がある場合は、18 時にも注射を行います。 	
安静度	●制限はありません。		●採取中はリクライニング式の椅子に座り採取をします。頭と足の角度は調整できますが、立ち上がったたり移動することはできません。また、両肘にカテーテルが入っているため両肘を曲げることができません。		●制限はありません。
食事	●制限はありません。				
清潔	●入浴・シャワー ●爪を切り、マニキュアをつけている方はとってください。				
排泄	●制限はありません。		●採取前にトイレを済ませてください。採取中の排泄は、尿器などで介助させていただきます。		●制限はありません。

経過	入院日 / / . /	採取1日目 /	採取2・3日目 / . /	退院日 /
説明指導 その他 (リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●病棟のオリエンテーションを行います。 ●主治医より採取に関する説明があります。 ●ネームバンドを装着します。 ●書類（入院診療計画書・供給者記録（問診票））を記入し医療者にお渡しください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●採取による副作用に、倦怠感、嘔気、眩暈、口唇・指先のしびれ、手足のつっぱり、穿刺部の出血、血腫などがあります。症状があればすぐにお知らせください。 ●採取中は輸血部の看護師の介助で水分補給ができます。必要時準備ください（ストローがあると便利です）。 ●採取中はテレビや動画を見たり、音楽を聴いたりしてリラックスしてください。採血室にテレビとDVDプレーヤー（ブルーレイ対応不可）はありますが、DVDディスクやタブレット、スマートフォン、携帯用の音楽プレーヤー、イヤホンなどは、各自でご準備ください。 ●抜針後、止血バンドで30分程度圧迫止血しますので揉まずに押えてください。 ●帰室後に穿刺部位の状態と止血を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院の説明と採取後健診を案内します。 ●エコノミー症候群予防で、1週間程は水分摂取を十分に行ってください。 ●激しいスポーツは体調が戻るまで控えてください。 ●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。 	
	●G-CSF製剤の副作用に、発熱、頭痛、胸痛、腰背部痛、発疹、倦怠感などがあります。G-CSF製剤の投与がすべて終了してから数日で消失しますが、薬剤で症状を和らげることができますので、遠慮なくお知らせください。			

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。

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	@USERNAME 印 又は署名 ()
-----	----------------------

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	
-----------	--