



患者 ID:

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 () 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	・リツキサンの点滴に対する不安がない。	・リツキサン点滴に伴う副作用症状がない。	
処置・検査	・検温を行います。 ・入院後採血、心電図、胸部レントゲン検査があります。 	・点滴の針を留置します。 ・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。 ・リツキサンの投与を行います。 ・点滴終了後針を抜きます。	
安静度	・制限はありません。	・リツキサン投与中のみ病棟内となります。	・制限はありません。
食事	・制限はありません。	・制限はありません。	・制限はありません。
清潔	・制限はありません。	・点滴中のみシャワー・入浴はできません。	・制限はありません。
排泄	・制限はありません。	・制限はありません。	・制限はありません。
手術内容及び日程 リハビリテーション等の計画	・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。 ・病院、病棟のオリエンテーションをします。 ・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。		・退院の説明があります。 ・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。 

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 アレルギー・リウマチ内科 2024.7.12 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 75000-01

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