






入院診療計画書 レケンビを受ける患者さんへ

ご説明年月日: 年 月 日	患者氏名:	病棟:	号室:
病名:	入院目的:	症状:	
手術内容及び日程	推定される入院期間: 約 日	特別な栄養管理の必要性: 有・無	
説明医師署名:	受持看護師名:	その他担当者名:	

経過	入院時(投与当日)(/)			退院当日 (/)
	投与前	投与中	投与後	
検査	* 必要時、採血・レントゲン・心電図等の検査を行うことがあります。 			
治療処置	* 点滴用の針を留置します	* 医師の指示に従ってレケンビを投与します。 * 開始前・5分後・15分後・終了時に血圧等測定します * アレルギー症状の有無を確認します	* アレルギー症状の出現に注意して観察します * 点滴終了後に針を抜きます	* 主治医が診察します。
安静度	* 制限はありません	* レケンビ投与中の移動は病棟内だけにして下さい。	* レケンビ投与後は制限はありません。	* 制限はありません。
	* 安全管理上必要と判断した場合、移動時に看護師が付き添うことがあります。			
食事	* 制限はありません 			
内服	* 持参薬の確認 入院時病棟担当薬剤師が病室へ伺い、持参薬を確認・回収させていただきます。 ※血液をサラサラにする薬を飲まれている方は看護師または薬剤師までお申し出ください。 * 制限はありません。	* 自宅での服薬管理状況や内服の種類によって、看護師管理または自己管理となります。		* 制限はありません
排泄	* 制限はありません。			
清潔	* 入浴・シャワー出来ます。	* 投与中は入浴・シャワーはお控えください。	* 投与後は入浴・シャワー出来ます。	* 入浴・シャワー出来ます。
説明指導	* 入院時説明・病棟内設備案内を行います * お名前を確認できるようにネームバンドを着けさせていただきます。 * 検査がある場合、医師より検査説明があります。	* アレルギー症状（悪寒、嘔気、嘔吐等）出現時はナースコールを押してください。 * 医師の指示の下対応いたします。		* 退院説明を行います * 次回受診日について説明します * 頭痛や嘔吐等の症状があれば連絡してください。
必要書類、その他（リハビリテーション等の計画）	* 必要書類の確認をします。 ・入院誓約書・室料差額同意書（必要時） 			

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わります。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。

上記のとおり説明を受けました。

年 月 日

患者本人署名:

親族又は代理人署名:

患者との続柄: