





## 入院診療計画書 末梢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 (末梢血幹細胞移植ドナー) 入院目的 (末梢血幹細胞採取) 推定される入院期間 約 ( ) ( 日・ 週・ 月間) 特別な栄養管理の必要性 有・無

経過	入院日 / /	採取前日まで / . /	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時に白血球を増やす注射 (以下:注射) が2回あります。		
			●10時・18時に注射があります。 	●朝7時と18時に注射があります。 ●採取最終日の夕方は注射がありません。 ●針を刺す所の痛みを和らげるため貼付薬を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。9:10頃には10号館5階の採血室へ移動してください。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注射針を刺します。	
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、両肘に管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。		●採取前にトイレは済ませてください (採取中尿意等あれば介助します)。		●制限はありません。
説明 指導、その他 (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。 ●主治医より採取に関する説明があります。 ●事故防止のためネームバンドを装着します。 ●書類 (入院診療計画書・PBSCHに関する同意書) に必要事項を記入し医療者にお渡してください。		●採取による副作用に、倦怠感、嘔気、眩暈、口唇・指先のしびれ、手足のつばり、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・ビデオ・DVDなど見てリラックスしてください。ご覧になりたいものがあれば準備していただいてもかまいません。 ●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。		●退院の説明があります。 ●採取後の健診日は【 月 日】です。 ●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。
	●白血球を増やす注射の副作用に、発熱、頭痛、胸痛、腰背部痛、発疹、倦怠感などがあります。注射後2～3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。

本人署名	
------	--

年 月 日	
親族又は代理人署名	