

2泊3日リツキサン投与を受けられる方へ(入院治療計画書)

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ (印) 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

2018/7/2 作成

経過	入院当日	入院2日目	入院3日目
月日	/	/	/
達成目標	治療について理解できる	副作用を理解し対処することができる	
治療・処置	入院時に、身長・体重を測定します。 入院中は、尿をためて下さい。	10時頃から点滴を開始します。 点滴投与中は、心電図モニターを装着します	点滴のチューブを抜きます。
検査	採血・採尿・心電図・レントゲンがあります。	採血・採尿があります。	採血・採尿があります。
内服	持参された内服薬を確認させていただき、継続・中止をご説明します。 薬剤師により薬剤指導があります。	 指示された、お薬の服用を続けてください。	
食事	塩分制限食です。間食は控えましょう。食欲がない時は、ご相談下さい。		
看護	リツキサン投与中、後の全身状態の観察を行います。 点滴の刺入部や体調に変化がある場合は、知らせて下さい。		
リハビリ	薬剤投与前後は、負荷をかけず、安静に過ごしましょう。		
説明・指導	治療・入院生活について、 蓄尿方法についてご説明します。		退院時まで 次回受診日について 退院後の生活について説明があります。



★特別な栄養管理の必要性 有 無

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日

説明者:

説明を受けた人:

(代表者) _____ 続柄 ()

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間は現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 有 : 無

総合的な 機能評価	基本的な生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

パス承認番号(No.110) 承認年月日(2018年7月10日)

<管理No.128>