




入院診療計画書

関節リウマチ(オレンシア点滴)を受けられる ()様へ

2部印刷
1部:患者ファイル
1部:患者様用

病名 _____ 年齢 _____ 生年月日: _____ 薬剤師 _____
主治医 _____ 受持看護師 _____ 病棟 _____ 管理栄養士 _____

日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	治療前日	治療当日	治療翌日(退院)
目標	治療の過程が理解できる 不安なく治療を受けることができる	点滴の入っているところの痛み、蕁麻疹、吐き気、息苦しさなど 異常があれば報告できる	異常があれば報告できる
合併症	発熱、蕁麻疹などのアレルギー症状が出ることがあります		
食事	普通食が出ます ※必要に応じて治療食が出る場合があります 		
安静度	自由です		
清潔	入浴することができます		
治療 点滴 注射 お薬	いつも飲まれているお薬を調べます	時 にオレンシアの点滴を始めます 	血液検査を行います
観察	適宜、血圧・体温を測定します	点滴開始～終了後90分まで、適宜、血圧・体温・脈拍を測定します 吐き気の有無についてお伺いします また、ほてり・悪寒・発疹等についてもお伺いします 点滴終了後、2時間程度はお部屋で安静にお過ごしください	
説明 指導	医師が病気・治療について説明します  薬剤師が使用薬剤について説明します		退院後の生活について説明します 次回のオレンシア投与について説明します

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

- ◇総合的な機能評価◇ 評価対象外
- ・ 日常生活動作 問題なし 要経過観察
 - ・ 認知機能 問題なし 要経過観察
 - ・ 意欲 問題なし 要経過観察

患者 又は 親権者・親族等サイン _____ (続柄 _____)