

入院診療計画書 IVIg(ヴェノグロブリンH)

病棟: 病室: 様 生年月日:

病名:
 症状:
 主治医サイン:
 担当看護師サイン:

発行日:
 特別な栄養管理の必要性 有 無
 その他の職種サイン:
 その他の職種サイン:

	入院日～治療前日	治療1～5日目	治療後～退院日
日付	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
目標	治療に望むための身体的準備ができています	治療に望むための身体的準備ができています	退院後の生活について理解している
	治療の目的・内容・必要性を知っている	点滴治療を安全に受ける事ができる	副作用の出現がない
		副作用出現時対処できる	
診療情報	主治医・看護師が病状や生活状況等についてお話を伺い、診察を行います		 退院療養計画書で説明します
	 書類にサインを頂きます(血液製剤使用の同意書)		
	 身長・体重を測ります		
	 病衣を借用される方は書類に記入して頂きます		
処置	体温や血圧などを測ります	体温や血圧などを測ります	体温や血圧などを測ります
		点滴をとります	
		点滴投与中は心電図を装着します	
	リストバンドをつけて頂きます	点滴投与最終日は針を抜きます	
検査治療	採血・心電図・胸部X線写真をとります	点滴治療を行います	採血を行うこともあります
	その他検査が入ることがあります	その他検査が入ることがあります	その他検査が入ることがあります
くすり	 お薬は医師指示のもと内服して頂きます	お薬は医師指示のもと内服して頂きます	 退院処方があります(必要な方のみ)
活動	制限はありません	制限はありません	制限はありません
食事	医師の指示により制限食や水分制限のある方もいます	 医師の指示により制限食や水分制限のある方もいます	
排泄	トイレへ行けます(必要時介助をします)	トイレへ行けます(必要時介助をします)	トイレへ行けます(必要時介助をします)
清潔	入浴できます(必要時介助をします)	点滴部位をビニールで保護し、点滴開始前か終了後にシャワー可能です	入浴できます(必要時介助をします)
教育指導	入院生活について必要な事項や留意点をご説明します(入院診療計画書の説明も含みます)	点滴中はできるだけ安静にしてください	退院後の生活や留意点などについてご説明します
	治療について必要な事項や留意点についてご説明します	 薬剤師がお薬の説明をします。副作用の確認も行います。	退院日、次回の外来日を確認します
			 退院後のお薬の説明を行います。

年 月 日

署名

〔自筆署名、もしくは記名押印〕

(本人以外の場合は患者様との関係:)