












リツキサン療法 入院診療計画書

病名: 難治性ネフローゼ症候群 症状:

腎-16.02-1

	氏名 _____ 様			退院療養計画書
経過	 入院 1日目			 退院日 2日目
月日				退院日(予定) 月 日
目標	安心して治療を受けることができる		副作用がないことを確認して退院できる	
食事	 蛋白制限食となります			
	昼	夕	朝	昼
安静度	 安静度は自由です			退院後の療養上の留意点
排泄	尿回数	便回数		・薬を内服している方は、 処方通り内服してください。 ・その他
清潔	 入浴可能です			保健医療サービス又は 福祉サービス
内服薬	 内服薬を確認します			<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他
点滴	 アレルギー反応予防目的の点滴を リツキサン投与の30分前から投与します			
	 約4時間でリツキサンを投与します			
検査	 血液検査・尿検査・レントゲン検査・心電図検査を行います			その他
説明・指導	・入院、検査、治療の流れを説明します。 ・薬剤投与中・投与後に発熱、吐き気、頭痛、発疹などないか 確認します。 ・開始時から終了1時間までは心電図モニターを装着します。		・看護師から、次回の外来受診や退院後の生活について 説明します。 ・薬剤師から、必要時退院後の内服薬の説明をします。 	
備考	特別な栄養管理の必要性 有・無 ()  何かわからないことがあるときはいつでも申し出て下さい。			

注) 状態に応じて予定が変更となる場合があります

旭川赤十字病院3階みなみ病棟

主治医 _____ 印

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 _____ 看護師: _____ 薬剤師: _____ 栄養士: _____

