

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-16.03-1

	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)
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		退院後の治療計画
食 事	 蛋白制限食となります				・外来にて通院治療を行います。 ・その他
	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				☐ 特にありません ☐ 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 必要に応じて、栄養相談があります  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:

