白血球除去療法を受けられる

説明医師

様へ

ＭＥ

【病名：　　】〔病棟　　〕

月日	月　日	月　日	
経過	治療前日	当日(治療前)	当日(治療後)
目標	○検査に対する心身の準備ができる ○前処置の必要性が理解でき確実に行える		○出血がない ○腹痛がない
検査・治療	検査予約日に血液検査をします	時　分頃より治療を行います 10分前までに透析センター２階受付にお越しください	
食事	いつもどおりの食事をとっていただいてかまいません。 ただし、 医師から特別な指示がある場合はそれに従ってください		
処置		ベッドに横になりリラックスしてください ※途中でトイレに行きたくなった場合は治療を一時中断しますので申し出てください ※穿刺部位の痛み、手指のしびれ、頭痛、悪寒、顔のほてりなどありましたら申し出てください	十分、止血を確認した後に帰宅(帰室)していただきます ※穿刺部の疼痛、腫れ、ふらつきなどありましたら申し出てください
注射・内服	医師の指示に従ってください		
行動	制限はありません ただし、医師から特別な指示のある場合はそれに従ってください		
説明	検査予約時に 医師から検査の必要性、内容について説明をします 検査予約時に 看護師から検査前の処置について説明をします		医師から検査の結果、今後の治療について説明をします 看護師から検査後の生活について説明をします

＊この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により予定通りではないこともありますので、予めご承知ください。

○上記説明を受けました

平成　　年　　月　　日　(本人・家族)

02-K51-1・2
2007.12.01 版
京都第一赤十字病院