










様へ

看護師

月日	月 日	月 日	月 日
経過	入院日 (治療前日)		治療 1 日目
目標	○心身共に安定した状態で治療が受けられる		○副作用の出現がない ○心身共に安定した状態でイミフィンジ治療が受けられる
検査	身長と体重を測定します  採血、検尿、レントゲン、心電図検査、 体調確認を行ない、治療を決定します		
食事	食事の変更を希望される方は 早めにお知らせください		朝食後に退院です
	朝食は 自宅で	 	   
処置・観察	体温・脈拍・血圧を測定します  リストバンドを装着します (退院日まで装着します)		体温・脈拍・血圧を測定します  点滴前に留置針を挿入します 点滴の針を入れている箇所を観察を します
	体温・脈拍・血圧を測定します  退院時リストバンドを外します		
注射・内服	常用薬のある方は申し出てください		1) 生理食塩液 2) イミフィンジ 3) 生理食塩液 
行動	運動制限はありません シャワーは可能です  		 
説明	外来で医師からの説明が 終わっていない方は 医師より説明があります 		看護師より説明 点滴投与中の注意点に ついて 
	看護師より内服・点滴に ついて説明があります 		医師より説明 退院について 
	薬剤師より内服・ 点滴について説明が あります 		看護師より説明 退院後の事について 次回受診日時等について 

\* 入院に関して心配事がありましたらお申し出ください。

07-Z51-8

\* 入院時に栄養状態を評価して栄養管理計画を立てます。また、定期的に栄養状態の再評価を行い計画を見直します。

\* 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。

\* 入院に際してこの用紙を必ずお持ちください。