
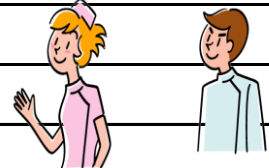


No.389

関節リウマチのレミケード点滴治療 2泊3日を受けられる _____ 様の入院計画表(ID: _____)

岡山赤十字病院 主治医 _____ 受け持ち看護師 _____ 年 月 日 患者様署名(代理人署名) _____

| 経過 | 月 日 | 月 日 | | | 月 日 |
|-------|----------------------------|---|--------------|------------|---|
| | 入院当日 | 治療日 | | | 退院日 |
| | | 投与前 | 投与中 | 投与後 | |
| 達成目標 | ●治療について理解できる |  | | |  |
| 説明 | ●看護師:入院から退院までのスケジュールを説明します | | | | |
| 投薬 | ●内服薬はいままで通りに内服してください | ●レミケード30分前に、内服薬があります | | | |
| 注射・点滴 | | ●点滴を始めます | ●レミケードを開始します | ●点滴の針を抜きます | |
| 検査 | ●体温、脈拍、血圧測定をします | ⇒ | | | ⇒ |
| | ●採血をします | | | | |
| 安静度 | ●自由です | ⇒ | | | ⇒ |
| 食事 | ●食事が出ます | ⇒ | | | ⇒ |
| 清潔 | ●入浴は出来ます | ⇒ | | | ⇒ |
| 排泄 | ●病棟のトイレを使用してください | ⇒ | | | ⇒ |
| その他 | | | | | ●退院になります |

岡山赤十字病院 開始月日:H25. 3月 改正月日:H25. 9月 A-2-1

上記入院計画表は、およその経過の目安です。状態、状況により多少変更がありえることをご了承下さい。

特別な栄養管理の必要性 有・無 (どちらかに ○) 総合的な機能評価: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助