

アザシチジン維持療法を受けられる _____ 様の入院計画表 (患者ID: _____) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

岡山赤十字病院 () 病棟 主治医: _____ 薬剤師: _____ 看護師: _____ 栄養士: _____ 患者様署名(代理人署名) _____

	入院1日目	入院2日目	入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	入院7日目	入院8日目	退院日
	治療前日	治療1日目	治療2日目	治療3日目	治療4日目	治療5日目	治療6日目	治療7日目	
日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
達成目標	治療について理解ができる		副作用症状なく治療継続できる						
検査	採血、レントゲン、心電図を行います			採血を行います				採血を行います	
薬	持参薬は続けて内服してください _____ 								
処置	体温・血圧・脈拍測定を行います _____								
点滴・注射		点滴治療を行います _____							
安静度	自由です _____								
清潔	シャワー可 _____								
排泄	トイレを使用してください _____								
説明同意	・入院オリエンテーション ・スケジュールの説明		薬剤指導						退院療養計画書の説明
食事	普通食 _____								
その他	・採血結果によっては輸血を行う場合があります							午前中退院	

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
 * 入院時、この入院計画表を持参してください。

患者様の状態によって、入院日数は前後する可能性があります。