


# R-B療法を受ける @PATIENTNAME様 の入院診療計画書

年月日	入院経過	リツキサン投与日	トレアキシン投与日 1・2日目	～退院前日	退院日
	治療について理解でき、精神的に安定した状態で治療に望むことができる	治療を安全・安楽に受けることができる	治療を安全・安楽に受けることができる	感染予防の必要性を理解し、感染予防行動を取ることができる	退院後の日常生活の注意点を理解することができる
注射	<p>10:00 アレルギーの症状を抑える注射（ポラミン）を行います</p> <p>10:00 リツキサンの投与を開始します（4時間ほどかかります）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リツキサンは副作用が出やすいので開始時はゆっくり点滴し徐々に点滴速度を速くします（初回は特に慎重に行います）</li> <li>・強い副作用が出た場合は投与を中止したり、速度を遅くします</li> <li>・機械（輸液ポンプ）を使って点滴速度を正確に調節します</li> </ul> <p>（例）最初の1時間 25ml/時間 次の1時間 100ml/時間 その次の1時間～ 200ml/時間</p> <p>副作用が少なかった場合には次回より 最初の1時間 100ml/時間 それ以降 200ml/時間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回投与中は心電図モニターをつけます（終了時に問題なければ外します）</li> <li>・副作用を早期に発見するために、体温・脈拍・血圧・血中酸素濃度を1時間毎に測定します</li> <li>・副作用予防のために1～3本の点滴を行います</li> <li>・点滴が終了するタイミングは患者さんによって異なります</li> </ul>	<p>9時～10時の間に点滴を開始します</p> <p>10:00～10:15 デカドロン</p> <p>10:15～11:15 トレアキシン</p> <p>*1日目だけ吐き気止めの点滴も入ります</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・副作用予防のための点滴を1～3本行います</li> </ul>	<p>血液検査の結果次第で白血球数を増やす皮下注射を投与する場合があります</p>	<p>・次回受診日</p> <p>血液内科</p> <p>月 日 曜日</p> <p>時 分 医師</p> <p>・再入院日</p> <p>月 日 曜日</p>	
内服	薬剤管理の指導を致します	<p>・9:30に解熱剤（コカール 2錠）を内服します</p> <p>・副作用予防のため、胃薬と尿酸を下げる薬を内服します</p> <p>・感染予防のお薬を内服して貰うことがあります</p>			
検査・処置	レントゲン撮影・心電図検査があります	<p>・血液検査は適宜行います</p> <p>・体重測定を朝夕の2回行います 体重が大きく増えている場合には利尿剤を使います ( )kg以上</p>			
食事栄養指導	常食 栄養状況に基づき、栄養士が必要に応じて栄養管理の指導をさせていただきます	常食（いつもより多目に水分摂取するよう心掛けて下さい）			
安静度 清潔 排泄	院内歩行 入浴可 特に制限ありません	院内歩行（点滴中はできるだけベッド上で安静にして下さい） 入浴可 排便コントロールに注意して下さい（2日排便がなければ、スタッフに知らせて下さい）		院内歩行 入浴可 排便コントロールに注意して下さい	お薬は忘れずに用法用量を守って内服して下さい
患者様への説明	化学療法についての説明を行います	<p>・点滴中は腕をできるだけまっすぐに伸ばしておきましょう</p> <p>・点滴の落ち方が悪くなったり、点滴の部位に腫れや痛み・違和感を感じたら知らせて下さい</p> <p>・腎臓の機能が悪くなり、尿の量が減ることがあります（飲水を心がけて下さい）</p> <p>・リツキサンはアレルギー反応を起こすことが多い薬です</p> <p>〔発熱や痒み、まれに血圧低下・呼吸苦が出るためポラミンというお薬を使用しますが、眠気が出るがあるので注意して下さい〕</p> <p><b>※体の異常に気づいたらすぐにお知らせ下さい</b></p>		病室を出る際はマスクを着用して下さい	感染予防に努めて下さい

点滴終了のタイミングは患者さんによって異なります。おたずね下さい。

退院おめでとうございます!!

※上記の内容はあくまでも予定であり、状況により変更する場合があります。ご了承ください。 不明な点がありましたら病棟スタッフまでお尋ねください 大阪医科大学附属病院 血液内科 最終改訂日 平成26年10月24日

説明日 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_ 印 看護師長 \_\_\_\_\_ その他の医療従事者 \_\_\_\_\_  
 診療科 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_  
 説明を受けた患者様 \_\_\_\_\_  
 もしくはご家族サイン \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)