



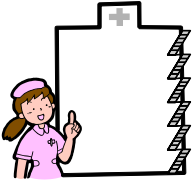
平成27年12月17日



レミケード治療を受けられる

() さま

主治医は、 _____ です
 病棟師長は、 _____ です
 担当看護師は、 _____ です

	入院日 レミケード治療日	退院日 治療翌日
月・日・曜日	/ ()	/ ()
治療	点滴治療をします 	
検査	治療前に、 胸部レントゲン・心電図・採血・検尿の検査があります  治療点滴開始後、全身状態の観察を頻回に行います	
安静度	治療開始までは、自由に活動できます 治療開始後は、 トイレ以外はベッド上で安静に過ごしてください 	自由に活動できます
食事	普通食です 	
清潔	治療開始までは入浴できます	入浴できます 
説明	主治医から治療の説明があります 	退院後の次回受診日などについて 説明があります 
指導	看護師から入院中の日課・病棟案内があります 	
その他	※ 治療による副作用がでた場合は、 直ちにお知らせください (気分不良・頭痛・発疹など)	

* 病状に応じて、予定は変更になる場合があります。ご不明な点がございましたら、担当看護師におたずねください。