



日本赤十字社

アザシチジン療法を受けられる

()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(治療1日目)	治療2日目	治療3日目	治療4日目	退院日(治療5日目)	
月/日(曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
食 事	煮沸食 					
安静度	自由に活動できます					
清 潔	入浴できます 					
検 査	外来で採血があります 		朝、採血があります 		朝、採血があります	
点滴・注射	外来で問診後、点滴をします	病棟で点滴をします 				
処 置	毎朝、体重測定があります					
説明・指導	外来で採血、点滴後、入院となります 看護師による説明 入院中の予定・病棟案内 	入院中、症状(発熱、便秘など)がある場合はお知らせください 			次回受診日をお伝えします 	

* 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。

