



日本赤十字社

インフリキシマブバイオシミラー療法を受けられる

() 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  看護師から入院中の日課・病棟案内があります	退院後の次回受診日などについて説明があります  ※治療と治療の間の時期や治療終了後にも副作用がでることがあります。
指導		(息切れ、呼吸困難、頭痛などその他気になる症状があれば早めに受診をするようにして下さい。)
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。