

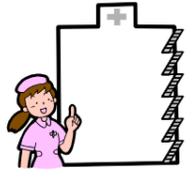


日本赤十字社

オレンシア療法を受けられる()さま

)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
月・日・曜日	/ ()	/ ()
治療	点滴治療をします 	
検査	治療前に、採血・検尿があります オレンシア点滴中はモニターをつけます 治療点滴開始後～終了後30分程度は、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	※オレンシア療法の副作用として免疫力の低下から感染症にかかりやすくなる可能性があります。
その他	 ※ 治療中に吐き気、点滴部位の痛み、発疹など その他体調に変化があれば、お知らせください	・ 日頃から、うがい、手洗いなど感染予防を心がけましょう。 ・ 治療後、発熱や何らかの体調の変化があった場合は早めに受診するようにして下さい。 

* 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。