











日本赤十字社

リツ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	治療翌日	退院日
月・日・曜日	/ ()		/ ()	/ ()
治療	点滴治療をします 			
検査	治療前に、採血があります リツキシマブバイオシミラー点滴中はモニターをつけます 点滴中は、全身状態の観察を頻回に行います		点滴の副作用症状がないか観察を行います	
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 指導 その他	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  ※ 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			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。 (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。) 

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