







No.183 イレッサを内服される患者さまへ

ID @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME

| | | | |
|----------|--|--|--|
| | 入院日 | 2~15日目 | 退院日 |
| 月日 | / () | / () ~ / () | / () |
| ゴール | 食事・薬を理解できる。 | 治療（薬物療法）を安全に受けられる。 | |
| 治療 処置 | <input type="checkbox"/> 内服している薬を確認します。 | <input type="checkbox"/> イレッサ内服（朝食後に内服）  | |
| 検査 測定 | <input type="checkbox"/> 身長・体重 <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧・酸素飽和度 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 12誘導心電図 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧・酸素飽和度（朝・昼） <input type="checkbox"/> 採血（8日目・15日目その他に採血する場合は前日までにお知らせします。） <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン（8日目・15日目・その他に採血する場合は前日までにお知らせします。） | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧・酸素飽和度（朝）  |
| 入院生活 | 食事 | 昼食（午後入院の場合は夕食）～ 食事が出ます。 | 病院より食事が出ます。変更などの希望がある場合は看護師にご相談ください。 |
| | 活動 | 制限はありません。 | 制限はありません。  |
| | 清潔 | 制限はありません。 | 制限はありません。  |
| 説明 | <input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> リストバンドを装着します。 <input type="checkbox"/> お薬について説明があります。 <input type="checkbox"/> 内服薬の中に内服時間を変更する ものがあれば説明します。  | <input type="checkbox"/> 皮疹が出てきた場合は皮膚科の受診が必要な場合がありますので 看護師にお知らせください。 <input type="checkbox"/> 下痢になる場合があります。症状が出たら看護師にお知らせください。 <input type="checkbox"/> その他、息苦しい・吐き気がするなど症状に変化があった場合は 看護師にお知らせください。 <input type="checkbox"/> 指定の日以外にも採血・胸部レントゲンを実施する場合があります。 その場合は適宜お知らせします。 | <input type="checkbox"/> （退院前日）退院オリエンテーション <input type="checkbox"/> 退院時処方の確認 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認 <input type="checkbox"/> 午前中に退院となります。 （時間の調整が必要な場合は看護師に お知らせください。）  |

*入院期間・検査などの内容は患者さまの状態で変更することがあります。ご了承ください。

東京医療センター 9B病棟 作成年月日 2015.7 Ver.1 (No.183)