







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)