

免疫グロブリン補充療法を受けられる患者様へ



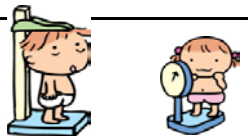


診療科： 小児科

ID:

入院診療計画書

病棟： 小児病棟

患者氏名

日程	治療は1日で終了です。治療導入して 6か月位は治療終了後、様子観察のため翌日まで入院することもあります。	退院後
目標	免疫グロブリンによる重い副作用がなく、薬剤が確実に投与できることです。 患者様やご家族が疾患・治療の理解が深まり安心して、入院・治療を受けられるように努めます。	日常生活での特別な制限はありません。 本治療は、4～5週間毎に定期的に行います。 次回治療までに、体調不良又は、気になることがありましたら、早めに受診してください。 《次回治療時にご持参ください》 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 入院申込書兼誓約書 入院の同意書 個人情報の制限希望 </div> 
病状	(前回治療から)体調で変わったことがあれば、治療前に医師又は、看護師にお知らせください。 	
検査	治療を開始する前に、身長・体重測定と血液検査をします。 	
治療	維持輸液で点滴を開始します。 医師の診察後、免疫グロブリンを点滴で投与します。 免疫グロブリンの点滴中に、次のような症状が現れたらすぐに看護師にお知らせ下さい。 <ul style="list-style-type: none"> ・息苦しい、ゼーゼー云う、手足が冷たい、口唇や手足指の色が悪い ・発赤疹、嘔吐、腹痛、頭痛、けいれん、寒気、顔面紅潮 など ・点滴刺入部の痛み、腫れや点滴漏れなど 	
食事	特別な制限はありません。アレルギーその他で食べられないものがある時は、看護師にお知らせ下さい。 	
安静	治療中はベット上安静、排泄の時のみトイレまで歩行ができます。治療終了後は、病棟内自由です。	
清潔	点滴中の着替えなどは不自由ですので、看護師がお手伝いいたします。治療終了後は、入浴も可能で制限はありません。	

* ご不明な点やご要望がございましたらお申し出下さい。

担当医

受持看護師

ご本人又は保護者