

# オレンシアの治療を受けられる患者さんへ

患者ID  
氏名

担当医  
担当看護師  
配布日

|       | 入院:1病日<br>/                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |           | 2病日:退院<br>/                     | 【退院後の緊急連絡について】                                                                                                     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 治療当日(治療前)                                                                                                                                                                                      | 治療当日(治療中)                                                                                                                                  | 治療当日(治療後) | 治療後1日目                          |                                                                                                                    |
| 達成目標  | ・治療について理解できる                                                                                                                                                                                   | ・悪寒、38.0度以上の発熱がない<br>・呼吸困難がない<br>・気分不良がない                                                                                                  |           | ・退院指導の内容を理解できる                  | 以下の症状がある時はご連絡ください<br>・38.0度以上の発熱<br>・咳、たん<br>・のどの痛み、鼻水、鼻づまり<br>・体のだるさが続く<br>・発疹、皮膚のかゆみ<br>・息切れ、息苦しさ<br>・その他、気になる症状 |
| 内服    | ・薬剤師が、持参薬および服薬状況について確認します<br>・アレルギーを予防する薬を点滴の30分前と夕食後に内服します                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |           |                                 |                                                                                                                    |
| 注射    | ・点滴をします                                                                                                       | ・オレンシア投与後、医師の指示で点滴を抜きます                                                                                                                    |           |                                 | 【緊急連絡先】<br>・平日時間内(8:30~17:00)<br>内科外来:0985-85-9883<br><br>・土日・祝日、時間外<br>5階東病棟:0985-85-1789<br>6階西病棟:0985-85-1229   |
| 検査    | ・レントゲン<br>・心電図 <br>・身長・体重測定  |                                                                                                                                            |           | ・体重測定                           |                                                                                                                    |
| 処置    | ・心電図モニターをつけます                                                                                                                                                                                  | ・心電図モニターを外します                                                                                                                              |           |                                 |                                                                                                                    |
| 食事    | ・制限はありません                                                                                                     |                                                                                                                                            |           |                                 |                                                                                                                    |
| 活動・安静 | ・制限はありません                                                                                                                                                                                      | ・ベッド上で安静にお過ごしください                                        | ・制限はありません |                                 |                                                                                                                    |
| 清潔    | ・制限はありません                                                                                                    | ・治療中のシャワー浴はお控えください                                                                                                                         | ・制限はありません |                                 |                               |
| 説明    | ・入院オリエンテーションを行います<br>・医師が治療の説明をします<br>・薬剤師が、資料を用いて治療(薬剤)の説明をします<br>・本用紙を用いて、治療スケジュールについて説明します<br>・転倒転落予防について説明します                                                                              |                                                                                                                                            |           | ・薬剤師が配布した資料を用いて、退院後の生活について説明します |                                                                                                                    |
| その他   | ・「関節リウマチ問診票」を記載後は、看護師にお渡しください                                                                                                                                                                  | ・悪寒や発熱、かゆみ、頭痛、動悸、吐き気、呼吸困難感などの症状がある時は、ナースコールでお知らせください  |           |                                 |                                                                                                                    |

診療計画、入院期間は現時点での予定です。今後、状態の変化によって変更されることがあります。不明な点がありましたらいつでもお尋ねください。