



入院診療計画書(クリニカルパス)

一日入院で輸血を受けられる方とご家族の方へ

| | |
|------------|----------|
| 病名 | |
| 入院年月日 | 20 年 月 日 |
| 説明年月日 | 20 年 月 日 |
| 主治医氏名 | |
| 担当医氏名 | |
| 主治医以外の担当者名 | |

*この予定表は現時点で考えられるものであり変わることがあります。ご不明な点がありましたら、お尋ねください。

*この用紙は入院当日忘れずにお持ちください。

20 年 月 日

患者氏名:

家族氏名: (続柄)



病歴番号 950000-0
氏名 こども 太朗




生年月日 平成30年02月22日

年齢 4歳11ヶ月

性別 男

病棟名

以下の内容について主治医・担当看護師より説明を受けました。

| 病日 | 入院時 | 輸血中 | 退院時 |
|----------------|---|--|--|
| 治療・処置 | <p>* 近所・学校・幼稚園・保育園で感染症の流行がある場合、入院できないことがあります。必ず来院前にご相談ください。</p> <p>* 入院当日の朝、発熱・発疹などの症状がある場合、あるいは他の理由で都合が悪くなった場合は、来院前に主治医にご連絡下さい。</p> <p>* 採血をします。必要時、尿検査をすることがあります。 * 輸血をするために、点滴をします。 * 体温・脈拍・血圧を測ります。</p> | <p>* 輸血をする前にお名前と血液型を確認します。 * 体温や血圧を輸血前、5分・15分後に測定します。</p>  | <p>* 輸血が終わったら、点滴の針を抜き、止血のためしばらく抑えます。</p> |
| 薬剤 | <p>* 必要時輸血前にアレルギーを予防するための抗アレルギー剤を使用します。</p> | <p>* かゆみや蕁麻疹、息苦しさなどが出た場合、アレルギー症状を改善させる薬剤を使用します。</p> | |
| 水分・食事 | <p>* 食べ物・飲み物はご家族でご用意ください。</p> | | |
| 活動 | <p>当日は、 時 分に 1階入院窓口⑥へお越しください。</p> | <p>* 輸血中はなるべく静かに過ごしてください。</p> |  |
| 患者さんおよびご家族への説明 | <p>* 入院承諾書、輸血同意書の説明をいたします。 * 赤血球は、通常事前に交差試験を行います。 * 下記の書類を記入していただき、入院当日ご持参ください。 □入院時チェックシート □入所(院)申込書 □保証書 □身体抑制同意書 □アレルギー問診表 □骨折ケアアセスメントシート</p> <p>* 入院に際し、ご持参いただくもの □診察券 □母子手帳 □保険証 □リストバンド(当日、入院窓口でお渡しします) □飲み物(水、お茶、麦茶等) □好きな飲み物 □昼食(消化の良い物)・ミルク □入院診療計画書</p> <p>* 退院までに、医事課で入院の手続きをしてください。</p> | <p>* 同種造血幹細胞移植後やその他の理由で、もともとの血液型と異なる型の輸血を行うことがあります。</p> <p>* 輸血中または輸血後に尿が赤くなる場合があります。このときには医師または看護師にお伝えください。</p> <p>* ごきょうだいの病棟内への入室は、ご遠慮いただいています。</p>  | |