

オプジーボ療法を受けられる患者様へ

患者氏名：@PATIENTNAME（ID：@PATIENTID） 生年月日：@PATIENTBIRTH 性別：@PATIENTSEXN 説明日： 説明者：

	入院前日	入院当日	入院 2 日目 治療日	入院 3 日目（退院）
食事	特に制限はありません。 口腔内の状態に合わせて、食事の形態等、食べやすいものに変更が可能です。変更したい場合は栄養士、看護師へ伝えて下さい。			
安静	特に制限はありません。			
検査		入院後、血液検査を行います。	特にありません	特にありません
内服	入院時に普段服用している薬の確認をします。薬とお薬手帳を持参してください。	普段服用している薬は看護師へお渡しください。		
点滴		点滴はありません	治療のための点滴を挿入します。 点滴を正確に落とすために機械を使用します。トイレ時など、移動時の注意方法について説明します。	点滴はありません
その他	入院時必要な書類を確認させていただきます。	入院後、薬剤師が薬の説明を行います。 （初回のみ）化学療法についての資料をお渡しします。投与スケジュール、主な副作用、注意事項について記載がありますので、目を通してください。不明な点や副作用症状が現れた時には我慢することなく医師・薬剤師・看護師へお知らせください。	点滴開始後、心電図と酸素濃度を測定する機械を装着します。	退院時に薬物療法室で外来での抗がん剤投与について説明を行います。

状況により予定が変更になる場合があります。不明な点がありましたら、お尋ねください。