
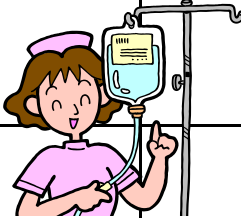



インターフェロン治療を受けられる方へ

氏名

様

	外来 (/)	入院/当日 (/)	後1日目	後2日目以降～
処置		時 分 患者サポートセンター入退院支援室 (休日の場合は正面玄関守衛室)に お越し下さい。病棟へご案内致します		医師の許可があれば退院 になります 予定の入院期間は ()日間程度です ※入院中の経過によって、入院期間が 変わることがあります
検査		<ul style="list-style-type: none"> 採血を行います アレルギーの有無を判定する ため皮内テストを行います アレルギー反応がなければ注射 をします 注射により発熱、関節痛、頭痛 吐き気などの副作用症状が 出やすくなります 		
薬	普段飲んでいる薬を 持参して下さい	<ul style="list-style-type: none"> いつも飲んでいるお薬は、 続けて頂きます 薬剤師が薬について説明に 伺います 		
食事	制限はありません			
安静	制限はありません			* 退院後、発熱、吐き気などが ありましたら、内科外来受付3を受診 して下さい
その他	* 入院前日までに医療費助成の 手続きを済ませておいて下さい。 ※お薬について かかりつけ医から処方されているお 薬がある方は、予定入院期間より多 めにお持ちください	副作用症状があらわれてきたら 看護師にお伝えください	上記入院中の療養支援計画について説明を受けました 年 月 日 本人または家族の署名 この説明用紙は入院時もお持ちください	
この経過説明は標準的なものであり、年齢・合併症により多少のずれを生じる事もあり				2018/7 改訂
DPCコード	060295xx99x1xx	慢性C型肝炎 手術なし 処置2: IFN-α (1)		