
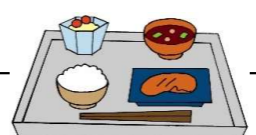






化学療法を受ける方へ(2週間入院予定)

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 様 _____ 主治医 _____ 看護師 _____

経過	入院日	化学療法1日目	化学療法2～6日目	化学療法7日目	化学療法8～14日(退院予定日)	
日付		1900/1/1	～ /	1900/1/7	/ ～ /	
目標	# 化学療法を不安なく受けることができる ・治療についての不明なことは質問できる ・治療について理解できる	# 化学療法を不安なく受けることができる ・安全に治療を受けることができる ・副作用症状に対して対処方法がわかる	・感染予防行動がとれる		# 退院後の生活の注意点が分かる ・副作用症状の対応ができる	
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン 必要な場合はその他の検査が追加されます	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 医師の判断により血液検査・胸部レントゲンは追加されることがあります		<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査	
治療処置	<input type="checkbox"/> 医師・薬剤師により薬剤の説明があります(翌日以降になる場合もあります)	<input type="checkbox"/> 点滴をします <input type="checkbox"/> 医師の指示により心電図モニターを装着します	<input type="checkbox"/> 治療内容によっては点滴をします		<input type="checkbox"/> 白血球減少があれば医師の指示により注射があります <input type="checkbox"/> 発熱があれば、検査結果により抗菌剤の点滴が追加されます	
内服	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認します <input type="checkbox"/> 医師の指示があれば持参薬の中止をします	<input type="checkbox"/> 副作用予防の内服薬がある場合があります <input type="checkbox"/> 副作用症状がある場合は、看護師に相談してください				
活動	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません 動ける範囲で活動してかまいません <input type="checkbox"/> リハビリがある場合があります	<input type="checkbox"/> 点滴をしている最中は、点滴が漏れないようにできるだけ安静にしてください <input type="checkbox"/> 点滴がないときはできるだけ適度な運動を行ってください <input type="checkbox"/> 口腔ケア・感染予防対策(うがい・手洗い・マスク、人ごみに行かない)を心がけてください				
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 ただし、持病のある方は食事制限があります アレルギーのある方は相談してください	<input type="checkbox"/> 薬剤の影響で腎機能が悪化する可能性がありますので、できるだけ水分は摂取しましょう <input type="checkbox"/> 基本的には食事制限はありませんが、検査が追加された場合は絶食などがある場合もあります <input type="checkbox"/> 吐き気、食欲不振、口内炎がある場合は、食べやすい食事を検討します 症状がある場合は、看護師にお知らせください <input type="checkbox"/> 飲水量を計ってもらう場合があります				
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます 	<input type="checkbox"/> 点滴の針が入っている場合は、看護師にお伝えください シャワー浴ができるように保護をします				
排泄	<input type="checkbox"/> 普段通りで結構です 	<input type="checkbox"/> 医師の指示により尿量を測定してもらうことがあります 尿測表に尿量を記載してください				
その他	<input type="checkbox"/> 入院オリエンテーションをします <input type="checkbox"/> 化学療法の同意書の確認をします <input type="checkbox"/> 入院診療計画書の説明をします <input type="checkbox"/> 必要がある場合は、転倒予防をします 	<input type="checkbox"/> 副作用症状がある場合は医師、看護師、薬剤師に相談してください			<input type="checkbox"/> 退院日は状況により前後することがあります <input type="checkbox"/> 退院前に退院後の注意点があれば説明します	

1 病名などは現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わる可能性もあります
2 入院期間は現時点で予測されるものであります

以上の内容に同意される場合は、署名をお願いします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____