
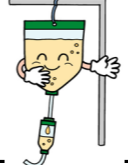








2泊3日 小腸・大腸・肛門科 化学療法（入院治療計画書）

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 _____ 管理栄養士 _____ 作成日2016年5月26日

| 経過 | 化学療法 1日目 | 化学療法 2日目 | 退院日 |
|-------|---|---|---|
| 月日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 達成目標 | ①治療開始後の注意点が、理解できる | ①症状を言葉に表現できる。 | 退院後の生活の注意点を理解できる。 |
| 治療・処置 | <ul style="list-style-type: none"> 点滴は、ポートを埋め込んだ部位または腕の血管に針を刺して開始します。 ◆1本目に、吐気止めの点滴を行ってから、抗がん剤の点滴をつなぎます。 ◆血液検査の結果で、治療の点滴を開始します。  |  <ul style="list-style-type: none"> ◆抗がん剤の点滴をつなぎます。 | <ul style="list-style-type: none"> 朝食前に体重を測ってください。 午前10時で尿量の測定は終了です。 |
| 検査 | <ul style="list-style-type: none"> 身長、体重測定があります。 血液検査があります。 点滴開始時より、尿量を測定します。尿のため方を説明します。  | <ul style="list-style-type: none"> ◆退院後、不足しそうなお薬は、早めにお知らせください。 | <ul style="list-style-type: none"> 点滴終了後、針を抜きます（午前中に終了予定）。 ◆針を抜いた2時間後より入浴できます。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> お疲れさまでした。 医師の診察後に退院となります。 ◆次回の入院予約日を確認しましょう </div> |
| 内服 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師が、持参薬を確認します。 普段服用しているお薬は、引き続きお飲みください。  |  |  |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 （副作用に応じて栄養士が相談にお伺いします） | | <ul style="list-style-type: none"> 退院時処方をお受け取りください。 ◆効能、服用方法について説明しますので、確認してください。  |
| 看護 | <ul style="list-style-type: none"> 検温を行います（入院時、午後2時、午後7時）。 ◆検温の時間は多少前後することがあります。 | <ul style="list-style-type: none"> 検温を行います（午前7時、午後2時、午後7時）。 ◆検温の時間は多少前後することがあります。 | <ul style="list-style-type: none"> 検温を行います（午前7時）。 ◆検温の時間は多少前後することがあります。退院後の注意点 ◆感染防止に注意しましょう。外出後は、手洗い・うがいに心がけてください。 |
| リハビリ | | | |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> 医師の診察があります（時間は決まっていません）。 （薬剤師より薬についての説明があります） ◆点滴中、長時間の歩行は避けましょう。 ◆しびれのある方は、転倒に注意しましょう。 ◆疲れな程度に行動しましょう。 ◆抗がん剤の副作用として、肝障害、骨髄抑制（貧血、血小板減少、白血球減少等）、発熱、消化器症状（食欲不振、下痢、胃炎等）などがあります。症状がある場合はすぐにお知らせください。 ◆骨髄抑制による白血球減少では、発熱する場合があります。これは、感染症を意味し抗生剤が必要になりますので、すぐにお知らせください。 ◆抗がん剤は、漏れると組織が壊死することがあります。針の入っている部位に、痛みや腫れを感じたり、テープがはがれた場合は、すぐにお知らせ下さい。 | <ul style="list-style-type: none"> ◆吐き気がある場合は、口当たりの良いものを少量ずつ、また水分を多めにとってください。 ◆わからないことがあれば、お聞きください。  | <p>次のような症状がある時は、病院へ連絡しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆38度以上の熱が1時間以上続く ◆水分や食事がとれないほどの吐き気や嘔吐、食欲の低下がある。 目安: 1日に500mlの水分（お茶、ジュース、汁物などを含む）が取れない。 ◆1日に5回以上の水の様な便がでる。腹痛や嘔吐を伴う下痢がある。 <p>連絡先 福島県立医科大学会津医療センター（TEL 0242-75-2100） 平日: 8時30分～17時15分 外科外来 休日・祝日・夜間: 救急外来</p> |

★ 特別な栄養指導の必要性 有 ・ 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

注1: 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2: 入院期間については現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

| | | | |
|------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|
| 総合的な | 基本的な生活動作 <input type="checkbox"/> | 問題なし <input type="checkbox"/> | 要精査または要経過観察 |
| 機能評価 | 日常生活動作 <input type="checkbox"/> | 問題なし <input type="checkbox"/> | 要精査または要経過観察 |
| | 認知機能 <input type="checkbox"/> | 問題なし <input type="checkbox"/> | 要精査または要経過観察 |
| | 気分・心理状態 <input type="checkbox"/> | 問題なし <input type="checkbox"/> | 要精査または要経過観察 |

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

説明年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者: _____

説明を受けた人: _____

続柄 _____

(代表者)

()

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
 パス承認番号 (No. 70) 承認年月日 (2016年6月9日)

<管理No. 88>