

入院診療計画書（ 化学療法FPを受けられる方へ ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様

症状 'PATIENTWARD 病棟 INTROOM 号室

担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

| 月日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----|-----|--|-----|--------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|-----------------|--|
| 経過 | 入院日 | 治療開始日 | 治療2日目～5日目 | 治療6日目 | 治療翌日 退院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目標 | 化学療法の内容や、副作用について理解することができる。 | 化学療法が安全に実施できる。 | | | 退院後の自宅療養の注意点について理解する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査 | 血液、尿検査 | 必要に応じて血液、尿検査などを行います。 | ➡ | ➡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療・処置 | 尿をためて下さい | ➡ | ➡ | ➡ | 尿はためなくて良いです | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 観察 | 体温・脈拍・血圧測定 食事摂取量 | ➡ | ➡ | ➡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注射 | 状態によって、点滴を行う場合があります。 | <table border="1" style="font-size: small; text-align: center;"> <tr> <td>生食</td> <td>生食</td> <td>吐き気止め</td> <td>吐き気止め</td> <td>利尿剤</td> <td>シスプラチン</td> <td>ソルアセット F</td> <td>ソルアセット F</td> <td>ソルアセット F</td> </tr> <tr> <td>()時から2時間</td> <td>()時から2時間</td> <td>30分</td> <td>30分</td> <td></td> <td>2時間</td> <td colspan="3">時間調節可能</td> </tr> <tr> <td colspan="5">体調により、点滴のスピードを医師の指示の範囲内で調節可能です。医師または看護師が調節します。</td> <td colspan="4">5FU</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">時間調節可能</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">5FU</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">時間調節可能</td> </tr> </table> | 生食 | 生食 | 吐き気止め | 吐き気止め | 利尿剤 | シスプラチン | ソルアセット F | ソルアセット F | ソルアセット F | ()時から2時間 | ()時から2時間 | 30分 | 30分 | | 2時間 | 時間調節可能 | | | 体調により、点滴のスピードを医師の指示の範囲内で調節可能です。医師または看護師が調節します。 | | | | | 5FU | | | | | | | | | 時間調節可能 | | | | | | | | | 5FU | | | | | | | | | 時間調節可能 | | | | 体調により、点滴のスピードを医師の指示の範囲内で調節可能です。医師または看護師が調節します。 | 体調により、点滴のスピードを医師の指示の範囲内で調節可能です。医師または看護師が調節します。 | 点滴が終了しましたら、抜きます | <div style="border: 1px solid pink; padding: 5px;"> <p>◆以下のようなことがあれば、我慢せず外来にお電話下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・38度以上の熱がつづく ・下痢が何日もつづく ・便秘が何日もつづく ・嘔吐や吐き気がつづく、水分がとれない ・痛みが強くなった・・・など </div> |
| 生食 | 生食 | 吐き気止め | 吐き気止め | 利尿剤 | シスプラチン | ソルアセット F | ソルアセット F | ソルアセット F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ()時から2時間 | ()時から2時間 | 30分 | 30分 | | 2時間 | 時間調節可能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体調により、点滴のスピードを医師の指示の範囲内で調節可能です。医師または看護師が調節します。 | | | | | 5FU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 時間調節可能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 5FU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 時間調節可能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内服 | 薬剤師と看護師が内服薬を確認します。お薬手帳、または処方箋のコピーをお見せ下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 治療中の制限はありません。食べやすいものを召し上がって下さい。 | <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;"> 食事のあとは、必ず歯を磨くようにしましょう！ </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活・行動 | 行動制限はありません | 点滴をしていますが、行動制限はありません。点滴の時間に合わせながらシャワー浴も可能です。※清潔行動については、看護師と御相談下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明 | 看護師から入院生活について、説明があります。医師から化学療法の方法、副作用について説明があります。 | <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> 抗がん剤治療は、お口の中の粘膜（舌、歯ぐき、唇、頬の内側など）にも影響し、粘膜が赤く腫れて痛くなったり、お口が乾燥したりすることがあります。また、治療の影響で免疫力が低下すると、口内炎がでやすくなります。 1日1回、お口の中の状態を鏡で見ながら観察しましょう！ 口内炎や粘膜の赤みや変化などがあれば、ひどくなる前に医師や看護師に相談をしましょう。 </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 点滴をしている時は・・・ ・動く時に点滴の管を引っ張ったり、引っ掛けたり、身体の下に敷かないように注意しましょう。 ・点滴をしている腕を衣類の袖や腕時計などで締めつけないように気をつけましょう。 </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> こんな時は看護師にお知らせ下さい！ ① 点滴周囲の不快感、やけるような感じ、違和感、圧迫感、しびれ、痛みがある ② 点滴の先端部に発赤・はれがある ③ 点滴の落ち（滴下）が悪い ④ 絆創膏がはがれかかっている ※数時間から数日たってから抜去部位に症状が出る場合もあります。放置すると症状を悪化させることがあります。 </div> | | | <div style="border: 1px solid yellow; padding: 10px;"> <p>1. 通院時に持参するもの</p> <p>① 診察券 ② 保険証 ③ お薬手帳または処方箋 ④ 昼食前後の内服薬 ⑤ 痛み止めやインスリン注射薬など ⑥ 体調管理ノートやメモなど</p> <p>2. 通院時の注意</p> <p>① 通院手段：体調に応じて、運転を控えて家族の送迎や公共交通機関を利用 しましょう。眠気の伴う痛み止めや、抗がん剤治療もありますので、無理せずに通院できるよう周囲の協力を得ましょう。 ② 家族や送迎の方と連絡が取れるようにしましょう。 ③ 予防注射の施行や市販の薬の併用や、他の診療科の受診などは、事前に主治医と相談しましょう。</p> <p>3. がん相談支援や医療相談などについて</p> <p>当院には、医療相談室や臨床腫瘍センターに相談員がおります。医師や看護師には相談しにくい内容でも、プライバシーを保護して相談支援をいたします。下記のような相談をご希望の方は、看護師へお伝えください。</p> <p>例えば…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療法に疑問がある。セカンドオピニオンが出来るのか？ ・緩和ケアって何だろう？在宅緩和ケアとは何だろう？自分は利用出来るのか？ ・自宅に訪問してくれる医師はいるのだろうか？自宅で最期を迎えたいのだが…。 ・治療が高額で、支払いが心配。高額医療制度とは？自分の場合どのように利用出来るか？ ・病気になる家族の生活や親の介護問題などが心配。何か援助を受けられるのか？ ・通院する手段がないが、介護タクシーなどは適応になるのか。 <p style="text-align: right;">看護文書 「化学療法」より抜粋。</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等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想されるものです。

| |
|-------------|
| 特別な栄養管理の必要性 |
| 有 ・ 無 |

上記内容について説明を受け同意いたしました。

| | |
|-----|-----|
| 署名： | 続柄： |
|-----|-----|