

入院診療計画書 (TP療法を受ける患者さまへ)

ID番号 @PATIENTID
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様
症状

@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME






印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	/	/	/	/													
経過	化学療法前日		化学療法当日	2日目													
目標	治療の準備ができる。	安心して化学療法が受けられる。	副作用について理解できる。	退院できる。													
検査 測定	化学療法前に採血があります。 ※外来で実施されることもあります。	朝6時(起床時)から尿量を測ります。		朝6時で尿量測定は終了です。													
注射	点滴4本	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">輸液</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>補液 2時間</td> <td>吐き気 止め 15分</td> <td>パクリタ キセル 3時間</td> <td>シスプ ラチン 2時間</td> <td>補液 2時間</td> <td>腎臓保 護の薬 1時間</td> <td>補液 2時間</td> </tr> </tbody> </table> 	輸液							補液 2時間	吐き気 止め 15分	パクリタ キセル 3時間	シスプ ラチン 2時間	補液 2時間	腎臓保 護の薬 1時間	補液 2時間	点滴2
輸液																	
補液 2時間	吐き気 止め 15分	パクリタ キセル 3時間	シスプ ラチン 2時間	補液 2時間	腎臓保 護の薬 1時間	補液 2時間											
観察	検温があります。	体温、脈、血圧測定をします。(心電図モニターをつけることがあります。) 抗癌剤開始後、5~10分程度、7Lルギ [*] -症状がないかを観察します。 点滴の針が入っているところが痛んだり、腫れてきたりしたらすぐに看護師を呼んでください。	検温があります。気分が悪い時は声をかけてください。														
内服	内服中のお薬が有れば普段通り内服して下さい。	化学療法当日は治療の約30分前にパクリタキセル投与の約30分前に抗7Lルギ [*] -薬(レスタミン5錠)と吐き気止めの薬(アプレピタントカプセル125mg)を内服します。	2日目、3日目は朝食後に吐き気止め(アプレピタントカプセル80mg)の内服があります。														
食事		特に食事の制限はありません。嘔気予防のため腹8分目に抑えておくのと良いです。病院の食事内容を変えることもできます。ご希望の方は看護師に相談してください。															
行動	活動・入浴に制限はありません。	点滴が入っているときは… 点滴の管を引っ張ったり身体の下敷きにならないように注意しましょう。気分が悪いときは一人で行動せず、看護師を呼んでください。															
説明		看護師から入院生活について説明があります。治療中、治療後の注意事項について説明します。医師や薬剤師から化学療法の方法や副作用について説明があります。	看護師から退院後の生活について説明があります。	退院時には <input type="checkbox"/> 退院証明書 <input type="checkbox"/> 次回予約票 <input type="checkbox"/> 退院処方(必要時) を受け取ったことを確認してください。 													

<退院後の生活について>

- ・人ごみを避け、外出時はマスク着用しましょう。また、手洗いうがいをし感染予防を心がけましょう。
- ・抗癌剤治療の影響で免疫力が下がると口内炎が起きたり、お口の中が荒れる場合があります。食事のあとは歯磨きをし、お口の中の清潔を保ちましょう。
- ・治療の副作用で便秘になりやすいです。水分をこまめに摂り、食物繊維の多い食事を摂るように心がけましょう。

以下のことがあれば、我慢せずにお電話ください。

- ・38度以上の熱が続く。
- ・嘔吐や吐き気が続き、食事・水分を摂るのが困難。
- ・便秘や下痢が何日も続く。
- ・痛みが強くなってきた。・・・など

婦人科外来 024-547-1226
みらい棟4階東病棟
024-547-1629

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を勤めていくにしたがって変わります。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

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: