

入院診療計画書（エンドキサンパルス療法をうける患者さまへ）

ID番号 @PATIENTID  
 病名（他に考える病名）  
 担当医師 @USERNAME


氏名 @PATIENTNAME 様  
 症状  
 担当看護師

@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室  
 担当薬剤師

その他の担当者名

@SYSDATE

副作用の発現時

月日	月 日	月 日	月 日 退院日	数日～数週間	数週間～数ヶ月	数ヶ月～数年								
経過	入院日	治療開始日	治療2日目	主な副作用の種類										
目標	治療の内容や、ステロイド剤の副作用について学びましょう	吐き気や、熱がある場合はすぐに知らせましょう 感染予防のため日常生活の注意点を守りましょう 退院後の自宅療養の注意点について学びましょう	自宅療養の注意点について学びましょう	発熱、のどの痛み、手足のしびれ、口内炎	動悸、息切れ	尿に血が混じる尿が出にくい 無月経 無精子症								
検査	血液検査、尿検査があります	検査は特にありません												
観察	体温・脈拍・血圧測定・尿の性状 食事摂取量	アナフィラキシー症状 (動悸がする・からだがかゆい・息苦しい)などの症状												
注射	点滴はありません	<table border="1"> <tr> <td>ソルアセトF</td> <td>ウロミテキサン 腎保護剤</td> <td>エンドキサン</td> <td>ウロミテキサン 腎保護剤</td> <td>ソルアセトF</td> </tr> <tr> <td>2時間</td> <td></td> <td>2時間</td> <td></td> <td>2時間</td> </tr> </table>	ソルアセトF	ウロミテキサン 腎保護剤	エンドキサン	ウロミテキサン 腎保護剤	ソルアセトF	2時間		2時間		2時間	点滴はありません	
ソルアセトF	ウロミテキサン 腎保護剤	エンドキサン	ウロミテキサン 腎保護剤	ソルアセトF										
2時間		2時間		2時間										
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ください。  持参薬は、医師の指示通りに服用してください													
食事	食事に制限はありません	治療当日の食事は控えめにし、満腹にしないでください。	吐き気・嘔吐をやわらげる工夫 ★1回の食事量を減らし、時間をかけて食べて下さい。 ★料理は、味の濃い、油分が多い、香りがつよい、熱いなど刺激の強い物は避けるようにして下さい。											
生活・行動	行動制限はありませんが、外出はできません。	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、看護師とご相談ください。												
説明	入院生活や、治療の説明があります	アナフィラキシー症状 エンドキサン注射後、次のような症状がありましたら、医師や看護師に速やかに伝えてください。 ●動悸がする ●からだがかゆい ●息苦しい	出血性膀胱炎 ●尿に血が混じる ●尿がでにくい ●排尿時に痛みを感じる ●何となく、尿が残っている感じがする ★1000ml を目標に、水またはお茶を飲むようにして下さい。	吐き気・嘔吐 次のような症状がありましたら、医師や看護師にご相談ください。 ●回数・量に関係なく、食事や水分が全く摂れない時期が続く。 ●頻回に吐く。 ●腹痛、腹部の張りがある。 ●便秘 ★右脇を下にして、横向きに寝て下さい。	白血球の低下 治療後は免疫力が低下しますので感染予防が大切になります。 ★体は清潔に保ちましょう。 ★外出するときは、マスクを着用しましょう。 ★各食後と就寝時はうがいをし、歯磨きをしましょう。(歯ブラシは柔らかいものを使用しましょう) ★手洗いをしましょう。病室に入る場合は入口の手指消毒薬を使用しましょう。 ★いつもよりも熱があるなど感じたときは、外出は避け、必要に応じて医療機関を受診してください。									
				脱毛 エンドキサンを使用したあと2～3週間後から始まります。髪の毛だけでなく、眉毛やまつ毛も抜けることがあります。2～3ヶ月後には、再び発毛します。髪が生えてくるときに、色の変化や髪質の変化がみられることがあります。 ★頭皮を傷つけないために、爪を短くして下さい。 ★シャンプーは中性のものを選んで下さい。 ★洗髪の回数を減らして下さい。 ★ブラシは、柔らかく目の粗いものをおすすめします。 ★医療用カツラや帽子もありますので、ご希望の際は医療スタッフへご相談ください。										

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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.268) 承認月日 (2017年11月1日)

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

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：