

dose dense TC day8・15 療法を受ける @PATIENTNAME 様の入院診療計画書 No.1

月日		
経過	入院当日(化学療法当日)	
達成目標	安心して治療が受けられ、治療中の副作用による苦痛を最小限にできるように援助します	
治療(点滴)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院後、化学療法の点滴を行います ・点滴中に、針を刺したところが痛む、赤くなる、腫れるなどの症状があれば、すぐに知らせてください (トイレなどで動いた後は特に注意して下さい) 	
治療(注意事項)	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴中に以下のような症状があればすぐに知らせてください 息苦しい、胸がドキドキする、気分が悪い、身体が痒い、湿疹がでるなど 	
活動・安静度	院内歩行 点滴中は棟内歩行	
食事	特に制限はありません	
栄養指導	栄養状況に基づき、栄養士が必要に応じて栄養管理の指導をさせていただきます	
清潔	入浴可	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ(必要時、尿の管を入れます) ・点滴の漏れを防ぐため、治療中(特に抗がん剤の投与中)はトイレ以外は控え、できるだけ安静にしてください ・輸液ポンプを使用するため、ベッドサイドから離れる際はナースコールを押してください 	
内服	<ul style="list-style-type: none"> ・内服中のお薬を担当看護師、薬剤師にお見せください ・必要時、吐き気止めのお薬があります ・内服薬は、医師の指示通りに内服してください ・必要に応じて、薬剤管理の指導をいたします 	
患者様及ご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・お名前確認のために、リストバンドをつけます ・こちらからお渡しする薬や書類などは、ご自身でもお名前を確認してください ・入院生活、退院後の生活について看護師より説明があります ・貴重品は各自で保管してください ・点滴(パクリタキセル)にアルコールが入っているため、点滴中は顔が赤くなる、顔がほてる、胸がドキドキするような症状が出る場合があります ・パクリタキセルの点滴を開始してから15分後、30分後、終了時にバイタルサイン測定を行います ・輸液ポンプの重みで点滴棒が不安定になることがあります。点滴棒はしっかり持ち倒さないよう注意してください 	

※上記内容はあくまでも予定であり、状況により変更する場合があります。ご了承ください。 大阪医科大学附属病院 婦人科 最終改訂 平成28年9月2日
不明な点があれば、お尋ね下さい。

月日		
経過	退院日	
達成目標	日常生活が自立できるように支援します	
治療(点滴)		
治療(処置・手術)		
検査		
活動・安静度	院内歩行	
食事	入院時と同じ	
清潔	シャワー	
排泄	トイレ	
薬	・退院時、必要があればお薬をお渡しします	
患者様及びご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師より、診察券の返却があります ・事務より、退院の手続きについて説明があります ・リストバンドを外します ・疾患保険などの書類があれば、診断書受付窓口(3番)に提出してください <p><退院後の治療計画> 次回受診日：_____月_____日_____曜日 _____時_____分_____医師</p> <p>・その他、留意事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 200px; margin-top: 10px;"></div>	<p><退院後の治療計画及び治療上の問題点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・次のような症状に注意し、もし異常があれば病院へ連絡してください 38度以上の発熱や風邪の症状が現れた場合(特に治療後7~14日後) 嘔気・嘔吐の症状が強く食事や水分が取れない場合 ・外出時はマスクを着用し、外出から戻った時は手洗い、うがいをしましょう 特に白血球(好中球)が下がっている時期は感染に注意しましょう ・末梢神経障害(しびれ)が強いつきは、滑りにくい靴を使用し段差などでのつまずきに注意しましょう。ヒールなどかかとの高い靴は避けましょう また、熱いものや刃物など危険なものを取り扱う時は、けがに注意しましょう <p>* 詳しくは「化学療法を受けられる患者様へ」のパンフレットをご参照下さい</p>
	説明日：_____ 主治医 _____ 印 _____ 看護師長 _____ その他医療従事者 _____ 診療科：婦人科・腫瘍科 担当医 _____ 担当看護師 _____ 説明を受けた患者様(試筆・代筆) _____ (続柄： _____)	

※上記の内容はあくまでも予定であり、状況により変更する場合があります。ご了承ください。 大阪医科大学附属病院 婦人科 最終改訂
 不明な点があれば、お尋ねください

平成28年9月2日