

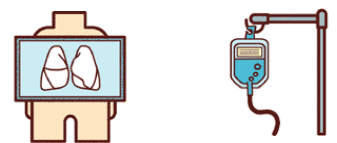




入院診療計画書 「化学療法 ドセタキセル+サイラムザ(ラムシルマブ)を受けられる

さんへ」

(病名) _____ (症状) _____

(説明日)平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (ご本人・ご家族)

確認サイン _____

経過 月 日	入院時 / /	治療1日目 / /	治療2日目～ / /	治療8日目～ / /	退院時 / 頃
到達目標	治療のスケジュール及び治療中の注意点について理解できる。		副作用出現時は早期に処置を受け苦痛を軽減できる。感染予防について理解し、実行できる。		退院後の日常生活における注意点について理解できる。
治療処置	虫歯、口内炎、巻き爪、痔などがありましたらお知らせ下さい。	ドセタキセル、サイラムザ、アレルギー予防、むくみ予防、吐き気止めなどの点滴をします。(約4時間) 点滴中、気分が悪いとき、点滴部位の痛み、腫れがあればお知らせ下さい。		吐き気がある時は吐き気止めの点滴を追加します。 ※白血球の数が少ない時は回復を促進するための注射をする場合があります。	
手術	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (術式: _____)				
検査	採血、レントゲン、心電図、CTなどを必要に応じ行ないます。				
薬剤服薬指導	日頃から服用されている薬についてお尋ねします。 薬剤のアレルギーがあればお知らせ下さい。	日頃から服用されている薬は、当院の薬に代えて処方します。スタッフの指示に従って服用して下さい。下痢や便秘があればお知らせ下さい。下痢止めや下剤を使用します。血圧が高くなる事があるので、血圧を下げる薬を使用する事があります。			
食事指導	特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 普通食(糖尿病や高血圧の方は治療食となる事があります) 食べ物のアレルギーがあればお知らせ下さい。	吐き気があるときは1回の食事の量を少なめにし、回数を多くしてみることをお勧めします。食欲がおちている時はご希望に応じて一部食事内容の変更(お粥、麺類、パン、フルーツなど)ができますので、看護師にご相談ください。白血球が少ないときは、生ものや刺身は避けましょう。主治医の許可があれば、持ち込みの食事も可能です。			
安静度	主治医から制限がなければ自由です。点滴中は漏れを予防するためにトイレ以外は安静にすることをお勧めします。ふらつきがあるときは安静にします。				
清潔	入浴できます。 	血小板の数が少ないときは入浴を控えていただくことがあります。また、カミソリでの髭剃りは避け、歯ブラシは柔らかめものを使用します。手洗いやうがいをこまめにします。病室入口の手指消毒剤をご利用下さい。排便後はウォシュレットを使用し、肛門の周りをきれいに洗浄します。15日目を過ぎたあたりから脱毛が始まります。			
患者・家族への説明	主治医が検査や治療の計画について説明します。 看護師が病棟を案内し、入院生活について説明します。 治療・福祉などのご相談がある場合は、看護師か相談員にお尋ねください。 	点滴部位の血管が痛くなる場合があります。痛みがあればがまんせずにお知らせ下さい。筋肉痛や関節痛、下痢、腹痛、吐き気、発疹、痒み、咳や息切れが強いなどの症状がある場合はお知らせください。 シャンプーは刺激の少ないものを使用し、帽子やスカーフなどで頭皮を保護しましょう。治療の副作用で体がきついときは清拭や洗髪、トイレなど身のお世話をさせていただきます。			主治医より治療の効果や次回の治療予定について説明があります。 入院費用の概算や退院手続き、退院後の生活の注意点について説明します。 原則として退院は午前中にお願います。(土日は午後)アンケートの記入にご協力をお願いします。

※症状により、予定と異なる場合があります。分からないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ねください。

※なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。

(病棟 号室) 主治医

印 担当看護師署名

担当者署名