

入院診療計画書

肺がん化学療法(3日間)を受けられる

( )様へ

薬 剤 師

管理栄養士

理学療法士

2 部 印 刷  
1部:患者ファイル  
1部:患者様用

病 名

年 齢

生年月日:

症 状

受持看護師

病棟

| 日付    | 入院初日                                                                       | 月 | 日 | ( ) | 2日目(化学療法当日)                                                                                                                                                                             | 月 | 日 | ( ) | 3日目(退院)                                                                  | 月 | 日 | ( ) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|--------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|
| 達成目標  | 治療法を理解することができる<br>不明な点や、不安などを看護師相談できる                                      |   |   |     | 治療を安全に終了することができる<br>異常があれば報告を行うことができる                                                                                                                                                   |   |   |     | 退院後の注意点について理解できる                                                         |   |   |     |
| 食事    | 特に制限はありません<br>食事の形態を変えることができますのでご希望があれば看護師にお伝えください<br>アレルギーなどが有る場合は申してください |   |   |     | 特に制限はありません                                                                                                                                                                              |   |   |     | 特に制限はありません                                                               |   |   |     |
| 安静度   | 特に制限はありません                                                                 |   |   |     | 点滴を行っている間はベッド上安静となります。<br>点滴終了後は特に制限はありません                                                                                                                                              |   |   |     | 特に制限はありません                                                               |   |   |     |
| 清潔    | 入浴やシャワー浴ができます                                                              |   |   |     | 希望の方は、点滴前もしくは後に温かいタオルで体を拭くことができます。                                                                                                                                                      |   |   |     | 入浴やシャワー浴ができます                                                            |   |   |     |
| 排泄    | 21時より尿量を測定します。<br>入院中は尿量を測定してください。<br>測定方法は看護師が説明します。                      |   |   |     | 点滴中はトイレ歩行が可能ですが、その他は室内安静となります                                                                                                                                                           |   |   |     |                                                                          |   |   |     |
| 点滴・処置 |                                                                            |   |   |     | 主治医が点滴を始めます。<br>まず副作用を抑える点滴から始めます。<br>その後、治療のための点滴を行います。(1本目)<br>開始後10分間看護師が付き添い、血圧を測ったり具合を聞きます。<br>1本目終了後、2本目の点滴を行います。<br>点滴の刺入部痛や、血管痛があれば看護師にお声をお掛けください。<br>点滴が全部終了になると看護師が抜針にお伺いします。 |   |   |     |                                                                          |   |   |     |
| 説明・指導 | 医師が治療について説明します<br>看護師が入院中、治療中の注意事項等について説明します<br>薬剤師が点滴について説明します            |   |   |     |                                                                                                                                                                                         |   |   |     | 外来化学療法室にて今後の外来通院での化学療法についてオリエンテーションを行います。<br>家族の方も同席してオリエンテーションの参加が可能です。 |   |   |     |

※ 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇

☐ 評価対象外

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性

☐ 有

☒ 無

主治医

印又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄 )

高知赤十字病院

(患者用)