

入院診療計画書 (R-CHOP療法を受ける患者様へ)

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


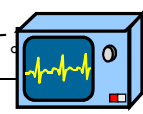

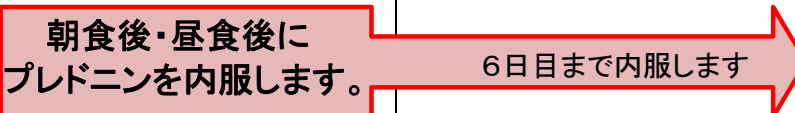

担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	/	/	/	/	/	/
経過	入院	1日目	2日目	3日目~6日目	7日目以降	退院日
目標	治療スケジュールが理解できる。 化学療法の副作用を理解できる。	化学療法による副作用出現時すぐに報告ができる。	化学療法による副作用出現時すぐに報告ができる。	排便コントロールができる。	感染予防行動ができる。 排便コントロールができる。	治療後の生活が理解でき不安がない。
検査	治療を始めるために、採血、レントゲン撮影、心電図検査などを行うことがあります。	 適宜、採血をします				
処置治療	 入院	<input type="checkbox"/> 点滴ラインを確保します。 <input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します。 <input type="checkbox"/> 治療前に副作用を防止する薬を内服します。 <input type="checkbox"/> 治療薬を投与します。 	<input type="checkbox"/> 嘔気止めの点滴をします。 <input type="checkbox"/> 治療薬を投与します。 	必要に応じて抗生剤や白血球を増やす注射をします。		
観察		体温、脈拍、血圧測定をします。 抗癌剤投与後アレルギー症状がないか確認します。 点滴刺入部が痛んだり腫れてきたりしたら看護師をすぐに呼んでください。	検温があります。 発熱や気分不快がありましたら すぐにお知らせください。 			
内服	薬剤師が持参薬を確認します。また継続して内服する薬をお知らせします。	副作用を防止する薬を内服します。 ザイザル イブプロフェン	朝食後・昼食後に プレドニンを内服します。  6日目まで内服します			
食事	特に制限はありません					
行動		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。 <i>がんばりましょう!</i>			治療薬により便秘しやすくなりますので、医師・看護師にご相談ください。	便秘の予防をしましょう。 感染の予防をしましょう。 (手洗い・うがい・手指消毒・マスク着用)	治療後の注意点について説明があります。

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。
 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。

上記内容について説明を受け同意いたしました。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.133-Ver4) 承認月日 (令和3年3月15日)

署名 :

続柄 :

特別な栄養管理の必要性	有	無
-------------	---	---