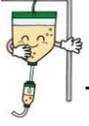


胃癌の化学療法をうけられる患者様へ（入院治療計画書：ティーエスワン/シスプラチン併用療法）

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____
 入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ (印) 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 _____ 管理栄養士 _____

2014/1/1 作成

経過	入院1日目	入院2日目(化学療法当日)	入院3日目	化学療法4日目～退院日
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
達成目標	○治療開始後の注意点・副作用が、理解できる	○予定通り、治療ができる。 ○症状を言葉に表現できる。	○症状を言葉に表現できる。	○退院後の生活の注意点を理解できる。
治療・処置	○点滴は、ポートを埋め込んだ部位または腕の血管に針を刺して開始します。 	○シスプラチン(=プリプラチン)という抗癌剤の点滴(約2時間)をいれます。その前後で、吐き気止め・利尿剤の点滴が入れます。 ○点滴は24時間行います。	○点滴(吐き気止め、利尿剤)を24時間行います。 	○点滴終了後、針を抜きます。(午前中に終了予定) * 針を抜いた2時間後より入浴できます。 ○退院前に体重を測定します。 
検査	○入院前に血液検査があります。			
内服	○薬剤師(看護師)が持参薬を確認します。 ○普段服用しているお薬は、引き続きお飲みください。 ティーエスワンの内服状況を確認します。	○ティーエスワンの内服状況を確認します。 ○イメンドカプセル(吐き気止め)を朝9時に内服します。(化学療法当日から3日間)	○退院後不足しそうなお薬は、早めにお知らせください。 ○入院中や退院後の薬の飲み方について、薬剤師より服薬指導があります。	○退院時処方をお受け取りください。 ◆ 効能、服用方法について説明しますので、確認してください。 
食事	○特に食事制限はありません。(副作用に応じて栄養士が相談に伺います)	○食欲がないときは無理に食べないでください。点滴で栄養・水分補給を行います。 ◆ 吐き気がある場合は、口当たりの良いものを少量づつ、また水分を多めにとってください。 		
看護	○ 検温を行います(入院時、午後2時、午後7時)。◆ 検温の時間は多少前後することがあります。○ 尿の回数を数えてもらいます。			
リハビリ	行動制限はありません(病院内はフリーです)			
説明・指導	○医師の診察があります。 ○看護師より入院生活について説明があります。  治療スケジュール シスプラチン点滴投与 ↓ TS-1内服(3週間) ← 休薬期間(2週間) → 1 8 15 22 29 36日目 ← 1コース →	○点滴中、針の入っているところが痛くなったり、腫れたり、重苦しくなった場合には、すぐに教えて下さい。 ○利尿剤のため、尿の回数が多くなります。 ○不明な点があれば、お聞きください。 【投与直後から数時間】 発疹・発赤・かゆみなどのアレルギー症状 → 抗アレルギー剤投与 【投与から1～2日後】 便秘症 → 便秘薬(緩下剤)の内服 はき気・嘔吐・食欲不振などの消化器症状 → 吐き気止めの内服 【投与から数日間経過してから】 口内炎 → うがいや抗炎症薬の軟膏を塗布 手指のしびれ → ビタミンB12製剤の内服 白血球減少 → 白血球を増やす薬を内服または注射 貧血・血小板減少 → 輸血(頻度は稀です) 【投与から1～2週間経過してから】 味覚の変化 → 味付けの工夫、うがいや亜鉛製剤の内服 	○医師・看護師より退院時指導・説明があります。(生活指導や次回外来再診日の連絡) ○入院の目安は約4日です。 ＜退院後の注意点＞ ◆ 感染防止のために外出後は手洗い・うがいをしましょう。 ◆ 当日はなくても退院以降に吐き気・食欲不振が出現することがあります。吐き気がある場合は、口当たりの良いものを少量づつ、また水分を多めにとってください。 * 次のような症状がある場合は、病院へ連絡しましょう。 ◆ 38度以上の熱が1時間以上続く ◆ 水分や食事がとれないほどの吐き気や嘔吐、食欲の低下がある。 目安: 1日に500mlの水分(お茶、ジュース、汁物などを含む)が取れない。 ◆ 1日に5回以上の水の様な便がでる。 連絡先: 福島県立医科大学津医療センター TEL: 0242-75-2100(代表) 平日: 8時30分～17時15分 外科外来 休日・祝日・夜間: 救急外来	

★ 特別な栄養管理の必要性 ○有 ・ 無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくに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測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 有 : 無
総合的な機能評価

基本的生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。
年 月 日

説明者:

説明を受けた人:
(代表者)

続柄
()

公立大学法人福島県立医科大学津医療センター附属病院
パス承認番号 (No. 53) 承認年月日 (2015年1月14日)

2015年1月14日 改訂