

入院診療計画書（エンドキサンパルス療法をうける患者さまへ）

ID番号 @PATIENTID  
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME 様  
症状

@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTRO 号室

担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師 @SYSDATE

副作用の発現時

月日	月 日	月 日	月 日 退院日	数日～数週間	数週間～数ヶ月	数ヶ月～数年									
経過	入院日	治療開始日	治療2日目	主な副作用の種類											
目標	治療の内容や、ステロイド剤の副作用について学びましょう	吐き気や、熱がある場合はすぐに知らせましょう 感染予防のため日常生活の注意点を守りましょう退院後の自宅療養の注意点について学びましょう	自宅療養の注意点について学びましょう	発熱、のどの痛み、手足のしびれ、口内炎	動悸、息切れ	尿に血が混じる尿が出にくい 無月経 無精子症									
検査	血液検査、尿検査、心電図検査	検査はありません	血液、尿検査があります												
治療・処置	尿は全てためて下さい	→													
観察	体温・脈拍・血圧測定 体重測定（朝食前） 食事摂取量	→													
注射	点滴はありません	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">ソルアセトF</td> <td style="width: 15%;">ウロミテキサン 腎保護剤</td> <td style="width: 15%;">エンドキサン</td> <td style="width: 15%;">ウロミテキサン 腎保護剤</td> <td style="width: 15%;">ソルアセトF</td> </tr> <tr> <td>2時間</td> <td></td> <td>2時間</td> <td></td> <td>2時間</td> </tr> </table>	ソルアセトF	ウロミテキサン 腎保護剤	エンドキサン	ウロミテキサン 腎保護剤	ソルアセトF	2時間		2時間		2時間	点滴はありません		
ソルアセトF	ウロミテキサン 腎保護剤	エンドキサン	ウロミテキサン 腎保護剤	ソルアセトF											
2時間		2時間		2時間											
内服	薬剤師と看護師が内服薬を確認します。お薬手帳、または処方箋のコピーをお見せください。  持参薬は、医師の指示通りに服用してください	→													
食事	食事に制限はありません	治療当日の食事は控えめにし、満腹にしないでください。	→		<b>白血球の低下</b> 治療後は免疫力が低下しますので感染予防が大切になります。 ★体は清潔に保ちましょう ★外出するときは、マスクを着用しましょう ★各食後と就寝時はうがいをし、歯磨きをしましょう。（歯ブラシは柔らかいものを使用しましょう） ★手洗いをしましょう。病室に入る場合は入口の手指消毒薬を使用しましょう ★いつもよりも熱があるなど感じたときは、外出はさけ、必要に応じて医療機関を受診してください。										
生活・行動	行動制限はありませんが、外出はできません。	点滴をしていますが、行動制限はありません。点滴の時間に合わせながらシャワー浴も可能です。 ※清潔行動については、看護師とご相談ください	→		<b>脱毛</b> エンドキサンを使用したあと2～3週間後から始まります。髪の毛だけでなく、眉毛やまつ毛も抜けることがあります。 2～3ヶ月後には、再び発毛します。髪が生えてくるときに、色の変化や髪質の変化がみられることがあります。  ★頭皮を傷つけないために、爪を短くしてください。 ★シャンプーは中性のものを選んで下さい。 ★洗髪の回数を減らして下さい。 ★ブラシは、柔らかく目の粗いものをおすすめします。 ★医療用カツラや帽子もありますので、ご希望の際は										
説明	入院生活や、治療の説明があります	<b>アナフィラキシー症状</b> エンドキサン注射後、次のような症状がありましたら、医師や看護師に速やかにお伝えください。 ●動悸がする ●からだがかゆい ●息苦しい	<b>吐き気・嘔吐</b> 次のような症状がありましたら、医師や看護師にご相談ください。 ●回数・量に関係なく、食事や水分が全く摂れない時期が続く。 ●頻回に吐く。 ●腹痛、腹部の張りがある。 ●便秘	<b>出血性膀胱炎</b> ●尿に血が混じる ●尿がでにくい ●排尿時に痛みを感じる ●何となく、尿が残っている感じがする ★1000mlを目標に、水またはお茶を飲むようにしてください。											

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。

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名：

続柄：