

# 入院診療計画書 (TC療法を受ける患者さまへ)

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM 号室


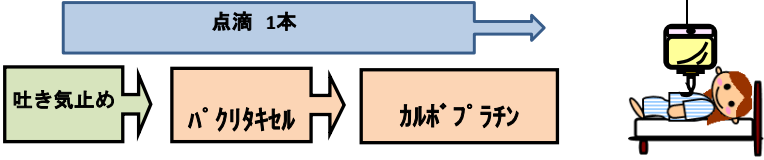




担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	/	
経過	化学療法当日	 入院 2日目
目標	安心して化学療法が受けられる。	退院できる。
検査	化学療法前に外来で採血があります。	
注射	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">吐き気止め</div> <div style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">パクリタセル</div> <div style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">カルボプラチン</div> <div style="margin-left: 20px;">  </div> </div> <p style="text-align: center;">点滴 1本</p> <p style="text-align: center;">特に予定はありません。 水分・食事がとれないときは点滴をします。</p>	
観察	体温、脈、血圧測定をします。(心電図モニターをつけることがあります。) 抗癌剤開始後、5～10分程度、アレルギー症状がないかを観察します。 点滴の針が入っているところが痛んだり、腫れてきたりしたらすぐに看護師 を呼んでください。気分不快や呼吸困難、掻痒感などの症状がある時は、す ぐに看護師を呼んで下さい。	検温があります。気分が悪い時は声をかけてください。 
内服	内服中のお薬があれば普段通り内服して下さい。 パクリタセル投与の約30分前に抗アレルギー薬を5錠内服します。 	
食事	特に食事の制限はありません。 嘔気予防のため8分目に抑えておくとう良いです。 病院内の食事内容を変えることもできます。 ご希望の方は看護師に相談してください。 	
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。パクリタセルはア ルコールの成分を多く含みます。歩行時にふらつきなどの症状がでた際には看護 師を呼んで下さい。	お大事に! 
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。	看護師から退院後の生活について説明があります。 外来化学療法を受ける方は、外来化学療法室について説明します。 退院時には、 <input type="checkbox"/> 退院証明書 <input type="checkbox"/> 次回予約票 <input type="checkbox"/> 退院処方(必要時) を受け取ったことを確認してください。

## ＜退院後の生活について＞

- ・人ごみを避け、外出時はマスク着用しましょう。また、手洗いうがいをし感染予防を心がけましょう。
- ・抗癌剤治療の影響で免疫力が下がると口内炎が起きたり、お口の中が荒れる場合があります。食事のあとは歯磨きをし、お口の中の清潔を保ちましょう。
- ・治療の副作用で便秘になりやすいです。水分をこまめに摂り、食物繊維の多い食事を摂るように心がけましょう。

## 以下のことがあれば、我慢せずにお電話ください。

- ・38度以上の熱が続く。
  - ・嘔吐や吐き気が続き、食事・水分を摂るのが困難。
  - ・便秘や下痢が何日も続く。
  - ・痛みが強くなってきた。
- ……など

婦人科科外来 024-547-1226  
みらい棟4階東病棟  
024-547-1629

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：
-----	-----