

# 入院診療計画書 (化学療法 GC療法)

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様

病棟 @PATIENTWARD  
症状

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME

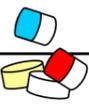
印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者

作成日 @SYSDATE

月日	入院日 (月 日)	治療当日 (月 日)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	治療前日	治療1日目	治療2日目	治療3日目	治療8日目	治療15日目	治療16日~19日 (退院予定日)	
目標	治療内容や副作用について理解することができる	化学療法が安全に実施できる 感染予防について理解し実施することができる	化学療法が安全に実施できる 感染予防について理解し実施することができる	副作用出現時に伝えることができる	化学療法が安全に実施できる	化学療法が安全に実施できる	退院後の注意点が分かる 副作用出現時に伝えることができる	
検査	採血尿検査があります 心電図検査、レントゲン検査があります			適宜採血レントゲン撮影を行います				
治療		午前中に点滴開始します	午前中に点滴を開始します		午前中に薬が届き次第点滴を開始します	午前中に薬が届き次第点滴を開始します		
処置	・身長体重測定をします ・透視室または処置室で腕から中心静脈カテーテルを入れる処置をします			医師が点滴を抜きます	医師が点滴を行います	医師が点滴を行います		
観察	1日3回検温を行います	・1日3回検温を行います。 ・副作用の確認を行います。 ・尿量を確認します。 			口の中が荒れていないか確認します			
注射	明日の治療に備えるために点滴を開始します	3本の点滴を行います	10本の点滴を行います	必要時利尿薬を使用します	3本の点滴を行います 終了したら点滴を抜きます	3本の点滴を行います 終了したら点滴を抜きます		
内服	持参薬があれば確認させていただきます ※中止薬がある場合には指示に従ってください	<b>ゲムシタビン</b> 	<b>シスプラチン</b>	悪心や便秘 しゃっくりなど症状に合わせた内服薬の調整ができません	<b>ゲムシタビン</b>	<b>ゲムシタビン</b>		
食事	食事療法を行っている方以外は特に制限はありません お口に合わないときには食事変更についてご相談ください		点滴中に以下の症状がある時にはお知らせ下さい ・点滴周囲に痛み しびれ 違和感がある ・点滴刺入部が赤くなっている または腫れている ・点滴が落ちない または進んでいない ・点滴を固定しているテープがはがれている ※点滴漏れや スムーズな投与ができていない可能性があります					
行動	安静の制限はありません 入浴をします	・入院中は尿量、体重測定をお願いします。 ・体調管理ノートの記載をお願いします ・点滴治療中の安静制限はありません					 <b>お大事に！</b>	
説明	・医師より治療について説明があります ・看護師から治療の作用副作用についてまた感染予防について説明があります	点滴を行っている時には、管を引っ張ったり、身体の下や点滴スタンドのタイヤに巻き込まれないように注意して行動しましょう。 		・治療や貧血により身体が怠い時には車椅子を使用できます ・白血球が少ない時には感染に注意して、マスクの着用と手洗いうがいを行きましょう ・血小板が少ない時には止血しにくいいためケガをしないように注意しましょう		退院が決まりましたら退院後の生活などについて看護師が説明します	・退院が決定了ら <b>次回外来予約票</b> をお渡しします ・退院時処方が必要な方のみ処方薬が出ます	

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。

公立大学法人福島県立医科大学附属病院

パス承認番号 ( No. 378 )

承認年月日 ( 令和7年3月10日 )

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 :