

化学療法を受けられる患者様へ（DTX/CBZ療法）

患者様用

患者氏名： _____

様

受持医署名： _____

受持看護師署名： _____

月日（日時）	/	/	/ ~ /	/
経過（病日等）	入院	1日目	2～7日目まで	8日目以降
達成目標	治療の必要性が理解できる 入院生活について説明を受けることができる	アレルギー症状がない 点滴の刺入部に異常がない	発熱がない 食欲が良好である	退院後の注意点について理解できる
治療・薬剤 （点滴・内服） リハビリ		朝10時頃当番医により点滴をさせていただきます		
検査	採血を行います 	抗がん剤投与時、心電図モニターを装着します	7日目に採血を行います 	
活動 安静度	制限はありません	点滴があります 移動に制限はありませんが、点滴中はベッド上に いていただくよう協力をお願いします		
食事	制限はありません 治療食が必要な方もおられます		制限はありません 食欲がなければ看護師に伝えてください	
清潔	制限はありません		制限はありません 体調が悪ければ看護師がお手伝いします	
患者様及び ご家族への説明 生活指導 リハビリ 栄養指導 服薬指導	入院診療計画書をお渡しします ご本人、ご家族に治療について説明を行います 初回時は同意書をお渡しします 現在内服されてるお薬を確認させていただきます 治療で使用する薬剤について薬剤師より説明させていただきます		今後通院治療をされる場合は、点滴治療室の 説明などを行います	採血データ問題なく自覚症状なければ退院となります 

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります

注2 入院期間については現時点で予想される期間です

大津赤十字病院

泌尿器科 202006改訂

20-018A_DTX