

免疫療法を受けられる患者様へ 患者様用

患者氏名：

受持医署名：

受持看護師署名：

月日(日時)	/	/	/ ~ /
経過(病日等)	入院	治療1日目	2~7日目
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 退院後の注意点について理解できる 食欲が良好である
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します	
検査	採血を行います 	抗がん剤投与中は心電図モニターを装着します	
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お願いします	制限ありません
食事	制限はありません 治療食が必要な方もいます		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 入院時身長、体重を測定します 初回時は同意書の確認をさせていただきます 現在内服されてるお薬を確認します 治療で使用する薬剤について薬剤師より説明し ます 栄養指導の紹介をします	点滴開始後気分不快などあれば看護師に伝え てください 食欲低下がある場合は栄養士と連携して食べや すい食事にします	症状を観察させていただき、問題なければ退院となります 退院後も栄養指導を受けることができますので スタッフにお申し付けください 

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