

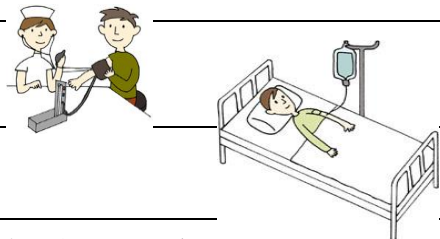
化学療法(2泊3日)を受けられる方へ

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）	入院日	化学療法 1 日目	退院
達成目標	化学療法の内容を理解し、同意する 身体的、精神的に問題なく化学療法に臨める	全身状態が安定しており化学療法が行える 安全に化学療法が実施される 化学療法後、全身状態が安定している	副作用の有無の確認と対処ができる 退院もしくは次の点滴が可能な状態にある
治療・薬剤 (点滴・内服) リハビリ	持参薬の継続	血管確保を行い、点滴を行います 持続薬の継続	退院後、治療継続の内服薬や追加内服がある場合は説明があります
処置		心電図モニターを装着します 治療が終わり、体調に異常がなければモニターは外します	
検査	化学療法に必要な血液検査をします		
活動 安静度	制限はありません	点滴中はベッドで安静に努めてください	制限はありません
食事	普段通りで結構です	普段通りで結構です。嘔気がある時はスタッフに教えてください	
清潔	点滴前や点滴終了後は入浴・シャワーは可能です		
排泄	普段通りで結構です		
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	医師・薬剤師より化学療法についての説明があります 看護師より、入院についての説明があります 病棟の構造や規則、看護について看護師が説明します	治療中、体調に変わった事があれば看護師に伝えてください 点滴投与時に血管からの漏れ、痛みや腫れがあれば看護師にお知らせください	次回の受診日について説明いたします 自宅での生活指導、退院後の注意点について説明します 外来治療へ移行する場合は、通院治療センターのオリエンテーションがあります
			
			

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。