

入院診療計画書

肺癌 化学療法を3日間を受けられる


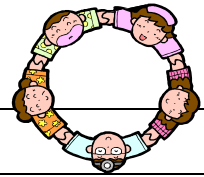
入院説明日:

様へ

入院時の診断・病態
肺癌

診療科: 呼吸器内科

病棟:

月日(日時)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
経過(病日等)	外来	入院日	入院2日目	入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	入院7日目	入院8日目	入院9日目/退院日
			化学療法1日目	化学療法2日目	化学療法3日目	化学療法4日目	化学療法5日目	化学療法6日目	化学療法7日目	化学療法8日目
目標	入院の準備ができる	化学療法を受ける準備ができる	<ul style="list-style-type: none"> 心身ともに治療を受ける準備ができる バイタルサインが安定している 治療後の副作用がない 点滴が安全に終了できる 			<ul style="list-style-type: none"> バイタルサインが安定している 治療後の副作用がない 副作用について理解が出来る 			<ul style="list-style-type: none"> 治療後の副作用がない 今後の治療方針について説明を受け、納得できる 	
処置・薬	常用しているお薬があれば、入院時に持参して下さい	服用されている薬を確認します	<ul style="list-style-type: none"> 点滴1時間前に制吐剤の薬を服用します(看護師が声をかけます) 副作用予防の点滴、抗癌剤の点滴を行います 点滴終了後は点滴の針を抜きます 							
検査	採血・レントゲン・心電図があります。	採血・レントゲンがあります							採血・レントゲンがあります	
観察		<ul style="list-style-type: none"> 体温・脈拍・血圧などを測定します。 体重を測定します。 呼吸状態を観察します。 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温などを測定します 呼吸の状態を観察します 抗癌剤点滴時は全身状態をこまめに観察します 点滴針入部を観察します 			<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温などを測定します 呼吸の状態を観察します 			<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温などを測定します 呼吸の状態を観察します 	
活動		院内自由です	点滴中は安静にしてください			院内自由です				
食事	常食です 食事の制限はありません。希望時に変更ができます									
清潔		シャワー浴できます	<ul style="list-style-type: none"> 点滴終了後、体調の変化がなければシャワーができます。 または暖かいタオルで体を拭きます。 			シャワー浴できます				
排泄			<ul style="list-style-type: none"> 点滴開始前に排泄を済ませて下さい 点滴中は点滴漏れを予防するため、付き添うなど援助しますので知らせて下さい 							
患者様及びご家族への説明・書類	<ul style="list-style-type: none"> 入院申し込みの説明をします 必要物品の説明をします 四肢マニキュア不可の説明をします 禁煙の説明をします 服用されている薬の持参について説明をします 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟のご案内をします 入院診療計画書の説明をします(同意書のサインを頂きます) 転倒転落の危険性を説明します(同意書のサインを頂きます) 医師から治療の説明があります(同意書の確認) 服用を継続する薬について説明をします 薬剤師による薬剤指導があります。 貴重品はご家族に預けるか、金庫のボックスに入れて鍵はお持ち下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴刺入部の痛みや腫れを感じた時は知らせて下さい 抗癌剤の点滴開始後、体調の変化を感じた時は知らせて下さい 点滴中は、点滴漏れを予防する為付き添うなど援助しますので、知らせて下さい 			週に1回薬剤師による薬剤指導があります			<ul style="list-style-type: none"> 退院療養計画書兼退院証明書の説明をします 副作用の出現と対処方法について説明をします 退院後服用する薬について説明をします 	
	<p><化学療法副作用のパンフレット>を用いて学びます</p> <p><input type="checkbox"/>化学療法とは、副作用とは、点滴時の注意について P2とP11 (/) <input type="checkbox"/>脱毛 P10 (/)</p> <p><input type="checkbox"/>消化器症状: 便秘P4・下痢P5・吐き気・嘔吐P9 (/ /) <input type="checkbox"/>口内炎 P10 (/)</p> <p><input type="checkbox"/>骨髄抑制P6 (/ /)</p>									

上記の説明を受け、理解しましたので同意します

平成 年 月 日

説明医師:

印

受持ち看護師:

説明看護師:

患者または

家族の氏名

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。ご了承ください。