患者ID：　　氏名：　　様　**化学療法・免疫療法（薬剤名：　　）入院診療計画書**　説明年月日：　　年　　月　　日

病棟：　　入院目的：　　病名：　　症状：　　推定される入院期間：　約　　（日・週・ヵ月）

特別な栄養管理の必要性：（有・無）　主治医署名：　　説明看護師署名：　　主治医以外の担当者署名：

	入院日(　　/　　)	治療当日（　　月　　日）	治療後1日目（　　月　　日）	治療後2日目～退院まで（　　月　　日～）
検査	・採血を行います		・採血を行います（必要時）	・採血を行います（必要時）
	・胸部レントゲン撮影を行います（必要時）		・胸部レントゲン撮影を行います（必要時）	・胸部レントゲン撮影を行います（必要時）
治療・処置		・医師が留置針を挿入します	・副作用なく経過した場合留置針を抜去します	
		・内服薬を服用します（必要時）		
		・抗がん剤の投与を開始します		
		・血圧・脈拍・体温・酸素飽和度の測定を行います		
安静度		・行動制限はありません	・行動範囲は病棟内です	・制限はありません
食事	・常食以外（治療食）の方で持ち込み食を食べるときは医師の許可が必要です	・治療中も食事摂取は可能です	・状態により食事形態の変更を行いますが、制限はありません	
清潔	・入浴可能です	・点滴前・点滴終了後は留置針を防水し入浴可能です	・制限はありません	
説明・指導	・尿量測定の説明を行います（必要時） ・DVDの視聴を行います ・治療日誌の説明を行います ・手袋の購入を行います（各必要時）	・アレルギー症状が出た場合はすぐに看護師に伝えてください ・留置針挿入部位に痛みがある場合は看護師に伝えてください ・水またはお茶を500ml以上摂取します（必要時） ・点滴投与中、副作用予防のために手袋を装着します 		・退院指導を行います ・次回外来の説明を行います
必要書類	・入院診療計画書 ・化学療法・免疫療法同意書			
その他・リハビリテーション等の計画	・病棟案内、身長・体重測定	看護師やセラピストによるリハビリテーションは行いません。		

注1）診療内容については現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくにあたって変更する場合があります。その際は再度説明を行います。

注2）入院期間については現時点で考えられるものです。

入院診療計画内容について十分説明を受けたため同意します。

年　　月　　日　　患者本人署名：　　親権者または代理人署名：　　（患者との続柄　　）