


患者 ID 性別 生年月日

## 入院診療計画書 抗がん剤治療（トレフューザーポンプ使用）を受ける方へ

( ) 病棟 ( ) 号室 氏名 ( ) 様 説明年月日 年 月 日  
病名・症状 ( ) 入院目的 ( 抗がん剤治療 ) 推定される入院期間 約 \_\_\_\_日間 手術内容及び日程 ( 手術なし )  
特別な栄養管理の必要性 ( 無 ・有 → )

経過	入院日～抗がん剤治療前日 ( / / )	抗がん剤治療日 ( / / ~ / / )	退院日 ( / / )
処置・検査	<ul style="list-style-type: none"><li>体温・血圧を測ります。</li><li>入院後採血があります。</li><li>CV ポートに点滴の針を留置します。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>体温・血圧を測り、心電図モニターをつけます。</li><li>抗がん剤治療開始前に内服薬をお飲みください。</li><li>吐き気止めの点滴後、抗がん剤の点滴を行います。</li><li>抗がん剤治療が終了後、抜針していただきます。</li></ul>	→
安静度	・制限はありません。	・行動範囲は病棟内	・制限はありません。
食事	・制限はありません。		
清潔	・入浴、シャワー可ですが、点滴の針を挿入時注入ポンプや、点滴のルートをめらさないように注意してください。		・制限はありません。
排泄	・制限はありません。		
説明指導・その他 (リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"><li>健康状態や内服中のお薬などの情報を聞かせていただきます。</li><li>病棟のオリエンテーションをします。</li><li>治療の予定を医師・看護師。薬剤師から説明を行います。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>自己抜針の指導を行います。家族さんが実施する際は家族さんと一緒に行います。</li><li>次回から外来治療になるため、外来で化学療法を受けられる方への DVD の視聴を行います。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>退院の説明があります。</li><li>気になる点がございましたら、遠慮なく声をかけてください。</li></ul> 

注1) 診療内容は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医名	
------	--

説明看護師名	
主治医以外の担当者名	

上記の通り、診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。 ( 年 月 日 )

患者本人署名	
親族又は代理人署名	患者との続柄 ( )