

ハーセプチンを受ける方への入院診療計画書






説明日 年 月 日

様 病棟 号室 主治医署名 説明医師署名

病名: 説明看護師署名

症状: 主治医以外の担当者署名

入院目的: 化学療法 手術内容及び日程: 入院期間: 約 ~ 日 特別な栄養管理の必要性 有・無

	入院当日(/ /)	化学療法当日(/ /)	退院日(/ /)
食事 清潔		制限はありません	
排泄		<input type="checkbox"/> 尿を貯める必要はありません <input type="checkbox"/> 尿を貯める必要があります	尿を貯める必要がある方は、朝8時まで貯めてください
検査	入院時に検温(体温、血圧、脈拍) 身長、体重測定します	朝・治療前・治療中・治療後に検温を行います 薬剤の副作用症状について観察します	朝、検温を行います また、薬剤の副作用症状を観察します
処置	内服されているお薬を確認します (看護師にお渡してください) * 指示があるまでは通常通りにお飲み下さい	 <ul style="list-style-type: none"> 点滴の針を留置します 治療が終了しましたら、針を抜きます 	
治療		点滴は全部で()本です	
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"> 初めてご入院の方は病棟案内を行います 治療の予定を医師・看護師が説明します 	 <ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について説明します 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時に診察券、次回再診の予約表、退院処方(必要時)をお渡しします お帰りの際、忘れ物チェックを行いますので看護師に声をかけてください

* 状態により治療、入院期間を変更することがあります。

説明医師よ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。

同意年月日 年 月 日

患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との続柄()