

化学療法入院診療計画書(イホマイド)

説明日 _____ 病棟 _____ 号室 _____ 患者さん氏名 @PATIENTNAME




病名: _____ 症状: _____ 入院目的: _____

主治医: @USERNAME _____ 主治医以外の担当者署名: _____ 手術内容: _____

推定される入院期間 約 _____ (日 ・ 週 ・ 月間)

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

退院基準 [主治医の判断により、副作用に問題がない]

	ケモ前日(/)	ケモ1日目(/)	ケモ2日目(/)	ケモ3日目(/)	ケモ4日目(/)	ケモ5日目(/)退院
書類	入院診療計画書にサインを頂きます 化学療法同意書の確認をします 					外来予約票をお渡します
内服	看護師・薬剤師が持参薬を確認します 常用している薬があれば内服して頂きます 					
点滴		朝より持続点滴を開始します 抗がん剤を投与します(1日1回)  吐き気止めの点滴を朝、夕投与します 利尿剤の点滴を朝、夕投与します 出血性膀胱炎の予防薬を1日3回投与します				
処置	ネームバンド装着 体温、血圧、脈拍(1検)	体温、血圧、脈拍(3検) 				
検査	尿検査 (入院直後) 	尿検査 16時 	尿検査 6時、16時 	尿検査 6時、16時 	尿検査 6時 	
食事	常食(必要時治療食)					
清潔	シャワー浴ができます(状態に応じて)					
説明、その他(リハビリテーション等の計画)	入院時オリエンテーション 蓄尿器や尿チェックの方法を説明します 一日の水分摂取量や尿量を所定の用紙に記入する説明をします					医師による退院説明、看護師による生活指導があります

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後検査など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。

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

上記の通り説明を受けました。 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 _____