

肝胆膵外科 化学療法クリニカルパス 入院診療計画書

説明日: _____年_____月_____日

11階西病棟_____様

推定される入院期間は _____ 日間です。

入院目的 _____

病名・症状 _____ 手術内容及び日程 _____ 特別な栄養管理の必要性 有・無 _____

	化学療法前日まで	化学療法当日(/)	化学療法終了後
内服	持ち込みの内服の確認をします。		
検査			
検温	10時 20時	10時 20時 点滴開始時・終了時	10時 20時
蓄尿		必要であれば、ご説明します。	
食事	特に制限はありません。(必要な場合は治療食となります。)		
清潔	入浴・シャワー		入浴・シャワー
点滴		_____ 時から点滴を開始します	
安静度	病院内	病棟内	病院内
指導、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を行います。 ・入院診療計画書の説明をします。	・点滴中に針が入っているところが腫れたり、痛くなることがあればすぐに看護師に伝えてください。 ・抵抗力が弱くなるので、手洗い・うがいをこまめに行いましょう。 ・食後、寝る前には歯磨きをしましょう。 ・人ごみに出るときはマスクを着用しましょう。 ・吐き気や食欲低下、倦怠感が出現することがあります。何らかの症状があれば看護師に伝えて下さい。 ・点滴開始後、寒け、ほてり、かゆみ、発疹、動悸、息苦しさなどの症状があれば、すみやかに医師・看護師に伝えてください。	人ごみに出るときはマスクを着用し、外出後には手洗い、うがいをしましょう。 食後は歯磨きをしましょう 吐き気や食欲低下が出現することがあるので、症状があれば看護師に伝えて下さい。

※この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状により変わります。その場合は再度説明いたします。入院期間についても、現時点で予想されるものです。

説明医師署名

受持ち看護師

主治医以外の療養にかかわる医療関係者

上記のとおり説明を受け、同意します。

年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名(本人署名が不可の場合)

本人との続柄()