

M-VAC療法入院診療計画書

説明年月日 年 月 日



推定される入院期間は、約 日～ 日間です

泌尿器科()病棟()号室 患者氏名 _____ 病名・症状 _____

入院目的 _____

手術内容及び日程

特別な栄養管理の必要性 有・無 _____

| 経過 | 投与前 | 投与日(1～5日、15～16日、22～23日目) | 投与後 |
|-----------------------------|--|--|---|
| 薬剤・検査・処置 | <ul style="list-style-type: none"> ・現在服用中の薬剤を薬剤師が確認します ・薬剤アレルギーがある場合はお知らせください ・採血・採尿があります (この結果で点滴治療が行えるか判断します) ・身長・体重を測定します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・点滴投与方法・内容については別紙をご参照ください ・必要に応じて採血・採尿があります。随時説明します  | <ul style="list-style-type: none"> ・点滴の針を抜去します  |
| 活動・安静 | ・制限はありません | ・点滴中は機械が付いているため、歩行に注意してください | ・制限はありません |
| 食事 | ・制限はありません(治療開始後、食欲低下した場合は持ち込み食が可能になりますが、持ち込みした場合は何を食べたか看護師に報告してください) | | |
| 清潔 | ・制限はありません(点滴がある場合は看護師に声をかけてください。又、白血球低下時はシャワー等を控えていただくこともあります) | | |
| 排泄 | ・入院時から退院まで蓄尿して下さい | | |
| 説明・指導・書類、その他(リハビリテーション等の計画) | <ul style="list-style-type: none"> ・医師から治療説明があります ・看護師が入院生活の注意点・病棟説明をします ・リストバンドを装着します ・看護師が化学療法開始に伴う注意点について説明します ・薬剤師が薬剤について説明をします。 ・入院診療計画書をお渡しします | <ul style="list-style-type: none"> ・点滴中の各症状への対処方法を説明します ・飲水量のチェックを行なってください ・体重測定を1日2回(8時・20時)行なってください ・水分は1日1500ml程度飲んでください | ・心配事・不明点等があれば看護師にお尋ねください |

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後治療などを進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度ご説明致します。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものです。

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

主治医以外の担当者署名 _____

上記のとお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()