

GC療法入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

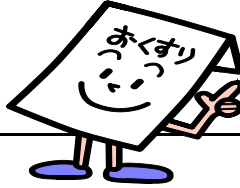

推定される入院期間は、 日～ 日間です

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・2・3・4・8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	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません(治療中でもシャワーに入ることは可能ですが、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・心配事・不明点など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() _____