

VIP療法入院診療計画書



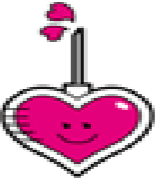
説明年月日 年 月 日

推定される入院期間は、約 日～ 日間です

泌尿器科()病棟()号室 患者さま氏名 _____

病名・症状 _____ 入院目的 _____ 手術内容 _____

特別な栄養管理の必要性 有・無

経過	投与前	点滴投与日(/)	投与後
薬剤・検査・処置	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師・看護師が持参薬の確認をします ・薬剤師による服薬指導があります。 ・採血・採尿があります。 ・身長・体重測定をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴投与方法については別紙を参照してください。 ・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、歩行の時は注意してください。)		
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。治療中でもシャワーに入ることには可能ですが、点滴がある場合は看護師に声をかけて下さい。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ってください。 ・体重測定を1日2回(8時・20時)行ってください。 ・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()