



患者氏名 ○ 様 病名： 症状： 担当医： ○ 印 受け持ち看護師： 印

項目	1月0日 入院日・治療前日	1月1日 治療前	1月1日 治療後	1月2日 治療2日目	1月3日 治療3日目	1月4日 治療4日目以降・退院日
達成目標	・化学療法についての知識（治療・副作用）について理解できる		・点滴中、薬剤の血管外への漏れがなく治療を受けられる ・化学療法の副作用症状が少ない ・退院後の生活について理解できる			
治療・薬剤（内服）	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃飲んでいる薬がありましたら、確認を行いますので看護師に渡して下さい ・入院時採血などの検査があります ・吐き気止めをお渡しします ・点滴の針を入れて治療開始します ・治療2回目以降で現在も副作用がある方はお知らせ下さい ・持参の薬は中止と言われていない薬のみ内服して下さい ・看護師より治療と口腔ケアについての説明があります ・口腔内のトラブルがある方はお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・吐き気止めをお渡しします ・点滴の針を入れて治療します 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴の部位に痛みや腫れが出現したり体に異常を感じたら、すぐにナースコールして下さい ・副作用があればお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食後に吐き気止めの内服をして下さい ・点滴部位や体に異常を感じたらすぐにナースコールして下さい ・副作用があればお知らせ下さい ・吐き気が強い時は点滴から薬を使用することもできます 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食後に吐き気止めの内服をして下さい ・副作用があればお知らせ下さい ・点滴終了後は、吐き気なければ針を抜きます ・副作用に応じて薬を使用します 	<p>《退院日の流れ》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・9時半からお会計ができます ・会計が終わりましたら病棟力ウンターにお寄り下さい ・診察券と次回外来予約票をお渡しします ・リストバンドは最後に看護師が外します
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません ・入院中はシャワーは入れます ・シャワー時は、点滴の刺入部を保護しますのでお声がけ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療の時間になったら、ベッドでお待ち下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴中、薬剤の血管外への漏れがなく治療を受けられる ・化学療法の副作用症状が少ない ・退院後の生活について理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が始まったらなるべくベッドでお休み下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が始まったら、なるべくベッドでお休み下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・症状に応じて変更できますので医師、看護師に相談して下さい ・化療食（食欲のない治療中でも、少しでも食事が摂れるように工夫した食事）に変更希望のある方はお知らせ下さい ・特別な栄養管理の必要性（有・無） 					
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません 					
患者様およびご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に風邪症状や発熱がある方はお知らせ下さい 場合によっては治療がおこなえないこともあります ・規則正しい生活を心がけて下さい ・感染予防の為手洗い、うがいをして下さい ・口内炎を発症しやすいので常に口腔内の清潔を保ちましょう ・治療の副作用で顔面紅潮や手足にしびれがでる、味覚が変わる等の症状が出る事があります ・化学療法の副作用については別紙用紙を参照してください ・化学療法の副作用として皮膚トラブル、呼吸症状、気分不快などの過敏症症状が、初回投与時より数回程度投与してから出現する事がありますので、症状がでるようならお伝え下さい 				<p>《退院後の注意点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後は外来で経過を診ます ・風邪をひかないようにして下さい ・38度以上の発熱や体調不良時、症状が強くなる場合は病院に連絡して下さい 	

注1 場合によっては内容を変更することがあります。

上記内容について説明を受け、内容を理解し（同意します・同意しません）

年 月 日 患者氏名

（代理人の場合）代理人名