

入院診療計画書〔化学療法(ドキシルピシン + イホスファミド療法)を受けられる方へ〕

ID番号 @PATIENTID
病名 (他に考える病名)

@PATIENTNAME 様

@PATIENTWARD 病棟
症状

@PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	
経過	Day 0	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7	Day 8	Day 9	Day 10	Day 11	Day 12	Day 13	Day 14	Day 15	Day 16	Day 17	
目標	化学療法の内容や副作用について理解することができる	がんばりましょ 化学療法が安全に実施できる							退院後の自宅療養の注意点について理解できる	骨髄抑制やその他の有害事象に対処し、合併症を避ける									
検査	血液検査、レントゲン	血液、尿検査を行います。治療開始前より、心臓のチェックとフォローアップを定期的に行います。								・定期外来受診で血液データの確認、副作用の確認を行います。引き続きご自身でも体調管理ノートを使用して体調の確認を続けてください。 ・白血球が減少してくる時期です。感染しやすくなっていますので、手洗い、うがいをしっかり行いましょう。 ・貧血が進む場合もあります。血液データによって輸血を行う場合もあります。 ・好中球の減少が進んだ場合には、入院して抗菌薬の治療を行うこともあります。									
治療・処置	点滴を刺します	心電図をモニターします。食事前に血糖測定を行い、高血糖に対し、随時インスリンを投与します。採血結果により輸血を行う場合もあります。																	
観察	感染症(発熱、風邪、皮膚疾患など)の有無	意識レベル、体温、血圧、心拍数、呼吸数、嘔吐回数、尿量 ※尿量を毎回測っていただきます。 ※体調管理ノートをお渡しします。ご自身でも体調の確認をお願いします。							体温、血圧、感染の有無										
注射	化学療法に備えて点滴を開始します	 イホスファミド 4時間 20時間かけて2回投与します ドキシルピシン 維持輸液 吐き気止めなども随時投与します 好中球を増やす薬を注射します																	
内服	薬剤師と看護師が内容を確認します	胃酸を抑える薬、神経を保護する薬、口内炎を予防する薬、整腸薬などを内服します。																	
食事	希望によりお粥・麺類に変更できます	抗がん剤投与中は、お薬や点滴で血糖値が高くなりますので、甘い物はひかえましょう。味覚が変化したり食べ物のおいしさが気になるようなことがあります。食事の変更が可能ですのでご相談ください。白血球が少ないときは、生ものは食べないようにしましょう。																	
生活・行動	活動に制限はありません	治療や貧血により身体が怠いときは、車いすを使用し必要最低限出歩くようにしましょう。白血球が少ないときはマスクをして、感染に注意しなるべく出歩かないようにしましょう。手洗い、うがいはしっかり行ってください。血小板が少ないときは、出血した場合血が止まりにくい場合ケガをしないようにご注意ください。																	
説明	看護師から入院生活について説明があります	化学療法の目的や方法、有害事象については初回治療前に医師から説明があります。入院中に行った検査については随時ご説明いたします。その他疑問点があれば、医師または看護師に遠慮なくお尋ねください。																	

こんな時は看護師にお知らせください。
 ① 点滴周囲の不快感、やけるような感じ、違和感、圧迫感、しびれ、痛みがある
 ② 点滴の先端部に発赤・はれがある
 ③ 点滴の落ち(滴下)が悪い
 ④ 絆創膏がはがれかかっている
 ※数時間から数日たってから抜去部位に症状が出る場合もあります。放置すると症状を悪化させることがあります。

食事のあとは、歯磨きをしましょう!
 抗がん剤治療は、お口の中の粘膜(舌、歯ぐき、唇、頬の内側など)にも影響し、粘膜が赤く腫れて痛くなったり、お口が乾燥したりすることがあります。また、治療の影響で免疫力が低下すると、口内炎がでやすくなります。
1日1回、お口の中の状態を鏡で見ながら観察しましょう!
 口内炎や粘膜の赤みや変化などがあれば、ひどくなる前に医師や看護師に相談をしましょう。

皮膚が乾燥し、傷つきやすくなります。
 保湿クリームを使用して皮膚のケアをしましょう。

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。
 注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。 福島県立医科大学附属病院 パス承認番号(No.211-Ver3) 承認月日(令和3年3月15日)
 注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

特別な栄養管理の必要性

有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。
 お問い合わせ：024-547-1636 (整形外科病棟)

署名： _____ 続柄： _____