

(患者様用)




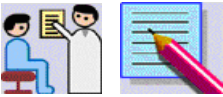
# 化学療法で入院される方へ(入院診療計画書)

ID番号 氏名 \_\_\_\_\_ 様

病名 \_\_\_\_\_

症状 \_\_\_\_\_

年 月 日

病棟	(5階きた・5階みなみ) 入院フロア
食事	 食欲がなく食事が進まない場合がございますら、お申し出下さい。 栄養士と相談のうえ対処致します。
安静度・活動 (リハビリ含む)	点滴が入っているところは、できるだけ動かさないで安静にしてください。 異常がある場合は病棟看護師へ申し出てください。
治療 点滴・注射	化学療法を行います。  
特別な栄養管理の 必要性	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
患者さま ご家族への 説明	
備考	療法 クール 回目 を行います。

## 退院療養計画書

退院後の注意	かぜをひかないように体調管理に十分注意してください。 適切な食生活を心がけ、激しい運動はなるべく避けてください。
次回治療予定日	#REF! 診察前採血 (有・無)
その他	わからない事や心配な事などは、遠慮なくおたずね下さい。



主治医 \_\_\_\_\_

主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

薬剤師 \_\_\_\_\_

栄養士 \_\_\_\_\_