






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: _____

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中は、ひざを曲げて、あぐらをかく、正座、足を組む、前かがみ、ベッドの上で体をひねる等の動作は、お避け下さい。針の位置がずれて薬液が漏れたり、針が抜けてしまうことがあります。 ・点滴終了後に、針を抜きます。針を抜いた後に出血が見られる場合がありますが、その際はただちにお知らせ下さい。 ・新聞を読んだり、テレビを見たり、リラックスしてお過ごし下さい。 		
治療 点滴・注射	肝動注療法を行います。		 
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。
	<ul style="list-style-type: none"> ・特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/>有 <input type="radio"/>無 ・40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。 		

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	月	日	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 _____ 印

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要



旭川赤十字病院

主治医以外の担当者 _____

看護師
薬剤師
栄養士