

氏名 _____ 様 _____ クール目 _____ 病名: _____ 症状: _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日														
経過	入院							入院(外来)			外来			
	開始前	1日目	2日目	3日目	4日目	5～7日目	8日目	9日目	10日目	12日目	14日目	15日目	16日目	17～28日目
月日														
目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療の必要性について理解しましょう 不安なく治療を受けられるようゆっくり休みましょう。 心配事や眠れない時は早めに看護師に知らせましょう。 							<ul style="list-style-type: none"> 最小限の副作用で治療にのぞめる 口腔内や身体を清潔に保ち感染予防を行える 						
食事	常食です。 ・お粥やあっさり食、パン食、小盛りなど ご希望があれば遠慮なく申し出て下さい。													
安静度	安静度は自由です							人混みは避けましょう こまめに手洗いをしましょう						
排泄	尿は全てためて下さい													
清潔	入浴、シャワーはかまいません。清潔を保ちましょう。													
薬点滴	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬を確認します 副作用の説明(薬剤師) 		11時～	7時～	6時～	6時～			点滴			点滴		
			点滴です	点滴です	点滴です	点滴です								
			水分補給やステロイドや利尿薬などの点滴											
			抗癌剤入りの点滴											
			イメンド内服 イメンド内服 イメンド内服											
			〔 2クール目以降は 終了後退院 〕											
治療	<ul style="list-style-type: none"> 吐き気などの症状でつらい時は伝えて下さい。内服など相談します。 													
検査	採血		蓄尿検査						採血(外来)		採血(外来)		採血(外来)	
説明・指導	入院の流れを説明します <ul style="list-style-type: none"> 特別な栄養管理の必要性 (有)・無 													
★状況に応じて予定が変更になることがあります。 ★何かわからないことがあるときは、いつでも申し出てください														
主治医 _____ 印							主治医以外の担当者			旭川赤十字病院				
主治医署名 _____							看護師							
※主治医の押印がある場合は不要							薬剤師							
							栄養士					泌尿器科 3階きた病棟		