






# 化学療法で入院される方へ(入院診療計画書)

氏名 \_\_\_\_\_ 様

ID番号 \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

病棟	3階きた入院フロア ・ ( )	
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。  	
患者さま ご家族への 説明	 	
備考	特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	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	_____ 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



主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

担当薬剤師 \_\_\_\_\_

担当栄養士 \_\_\_\_\_