

(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 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	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

薬剤師

栄養士