






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: _____ 平成 年 月 日

病棟	5階きた入院フロア ・ 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。  	
患者さま ご家族への 説明	 	
備考	<p style="text-align: right;">療法</p> <p>特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p style="text-align: right;">クール 回目 を行います。</p>	

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