

氏名 _____ 様 _____ クール目 _____ 病名: _____ 症状: _____ 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 不安なく治療が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			11時～ 点滴です 	7時～ 点滴です 	6時～ 点滴です 	6時～ 点滴です 			点滴 			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) 		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 主治医署名 _____ <small>※主治医の押印がある場合は不要</small>				主治医以外の担当者 看護師 _____ 薬剤師 _____ 栄養士 _____				旭川赤十字病院 泌尿器科 3階きた病棟			