

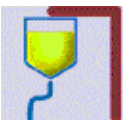




# 化学療法で入院される方へ(入院診療計画書)

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。<br>栄養士と相談のうえ対処致します。 |
| 安静度・活動<br>(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。<br>異常がある場合は病棟看護師へ申し出てください。  |  |
| 治療<br>点滴・注射         | 化学療法を行います。   |  |
| 患者さま<br>ご家族への<br>説明 |                |  |
| 備考                  | <p style="text-align: right;"><b>療法</b></p> <p>_____ クール _____ 回目 を行います。</p> <p>特別な栄養管理の必要性    有 ・ 無</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。<br>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 \_\_\_\_\_