

(患者様用)




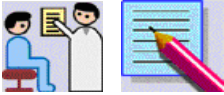
化学療法で入院される方へ(入院診療計画書)

ID番号 氏名 _____ 様

病名 _____

症状 _____

年 月 日

病棟	5階きた・5階みなみ・7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、できるだけ動かさずに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	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
患者さま ご家族への 説明	
備考	

※状況により変更になる場合があります。

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	#REF! 診察前採血 (<input checked="" type="radio"/> 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 _____