


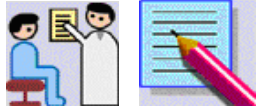


化学療法で入院される方へ(入院診療計画書)

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	特別な栄養管理の必要性	クール 療法 回目 を行います。 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

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



旭川赤十字病院

主治医以外の担当者

看護師 _____

薬剤師 _____

栄養士 _____