








氏名 \_\_\_\_\_ 様 病名 \_\_\_\_\_

年 月 日

入院病日経過	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目～	退院療養計画書
	入院当日	内服1日目	内服2日目	内服3日目	内服4日目	内服5日目	内服6日目～	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日～	月 日
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療の必要性を理解し、確実に内服できる。</li> <li>・不安を表出できる</li> <li>・副作用である手足症候群の予防ができる。副作用を理解し安心して治療が受けられる。</li> </ul>							<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服方法・副作用を理解し不安なく退院できる。</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常食です。体調に合わせて食事内容の変更が可能です。ご相談ください。</li> </ul> 							<p>次回外来に 月 日 に受診して下さい。</p>
安静度 清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安静の制限はありません。</li> </ul> 							
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・副作用に下痢があります。排便が頻繁となるようでしたら看護師又は医師に相談して下さい。</li> </ul>							
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴・シャワーに入れます。また、感染予防のため、食事・排泄の前後は手洗いとアルコールジェル(2ブッシュ)を手指全体にすり込んで消毒を行ってください。</li> </ul> 							<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服などについては、薬剤師が病室へ訪問して説明します。ご不明な点をご遠慮なくお聞きください。</li> <li>・持参された内服薬や新規で処方された内服薬は自己管理して内服していただきます。</li> <li>・概算は退院前日に行います。(退院前日に事務員が概算用紙をお渡しします。)退院当日に1階⑤お支払（退院精算）でお支払いをお願いします。</li> <li>・退院後に体調不良があれば、次回受診を待たずに受診して下さい。平日 日中～消化器内科外来 夜間・休日～救急外来 に電話して受診して下さい。</li> </ul> 
処置 検査 治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お薬を確認します。入院時に内服薬は病院へお持ちください。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院翌日より治療のための内服薬が開始となります。指示された用法・用量で内服して下さい。指示通り内服されているか看護師が確認しに伺います。</li> </ul> 					
	採血		採血			採血		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて採血やレントゲンを検査を行います。</li> <li>・内服される薬は手足の皮膚に痛みや腫れなどの症状が出現しますので皮膚科を受診します。また、口腔内に炎症も起こしやすいため口腔外科を受診します。</li> </ul>								
指導 説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院オリエンテーションを行います。</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院までに「限度額適用認定証」の手続きすることをおすすめします。わからないことがあれば看護師にお聞きください。また、医療費について医療ソーシャルワーカーから説明をお聞きしたい場合は看護師にお知らせ下さい。</li> </ul> 					
	<p>特別な栄養管理の必要性 (有)・無</p>							
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳以上の方は別紙「総合機能評価表」を用いて、総合的な機能評価を行う場合があります。</li> </ul>							<p>☆退院おめでとうございます。</p>

注) 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

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

