

	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	14日目	15日目	16日目	17～28日目	
									12日目					
月 日														
目標	・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。					・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		
			   											
		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												
		・内服薬を確認します ・副作用の説明(薬剤師)		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	・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 ・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。					主治医 _____ 印			主治医以外の担当者			旭川赤十字病院	
		★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					主治医署名 _____			看護師 薬剤師 栄養士				
					※主治医の押印がある場合は不要					泌尿器科 3階みなみ病棟				