

	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～	7時～	6時～	6時～		点滴  			点滴  			
			点滴です 	点滴です 	点滴です 	点滴です 								
			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 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 〕											
・内服薬を確認します ・副作用の説明(薬剤師)														
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。 ★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 _____ 印			主治医署名 _____		主治医以外の担当者 看護師 薬剤師 栄養士			 旭川赤十字病院 泌尿器科 3階みなみ病棟
※主治医の押印がある場合は不要														