

入院診療計画書：全身放射線療法

<<OREVF_A>>

患者氏名： <<ORIBP_KANJI>> 様

<<DYTODAY>>

病名：

症状：

月日	/	/
経過	入院日	治療1日目
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療や検査に対する不安がない 	<ul style="list-style-type: none"> 副作用なく退院できる
治療計画 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> 点滴を行います 治療が終わる退院日まで 点滴を続けます 	<ul style="list-style-type: none"> 朝より放射線治療を行います 治療に必要な点滴があります 
処置		<ul style="list-style-type: none"> 症状がある時は、 制吐剤や解熱剤等を使用します
検査	<ul style="list-style-type: none"> 必要により 採血やレントゲンを行います  	→
活動 安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	→
食事	<ul style="list-style-type: none"> 生ものを除いた普通食を 食べることが出来ます 	→
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて体を拭きます 	→
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	→
教育 指導 説明	<ul style="list-style-type: none"> 放射線治療について説明をします 入院診療計画書をお渡しします 服用されている薬を確認します 	<ul style="list-style-type: none"> 治療や検査時など、 気分がすぐれない時はお知らせ下さい 
特別な栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> 有 栄養状態に合わせた栄養管理を行います <input type="checkbox"/> 無	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めて行くにしたがって、変わり得るものです。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館

血液内科 主治医： <<ORDCT_S_A>> ⑩ 担当医： <<ORDCT_T_A>> 看護師： <<ORDCT_N_A>> ⑩

上記について説明を受けました。 平成 年 月 日

患者氏名： _____ ⑩ (印鑑がない場合は自署)

親族氏名： _____ ⑩
 (患者本人が未成年または親族の同意が必要な場合に記入)