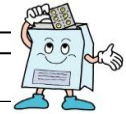









病名: 症状:

<<DYTODAY>>

月日 経過	入院～治療前日	(リツキサン療法)	(CHOP療法)	治療2日目	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	～退院まで
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 治療を理解できる 感染予防対策の必要性が理解できる 治療を不安なく受けいられる 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の副作用を知り、医療者に知らせることができる 正しく内服できる 食欲不振、嘔気がない 手洗い、うがいができる 	<ul style="list-style-type: none"> プレドニン(朝12錠、昼8錠)を5日間内服します 	<ul style="list-style-type: none"> 食欲不振、嘔気がない 手洗い、うがいができる 				
内服		<ul style="list-style-type: none"> リツキサンの副作用(発熱、悪寒)を予防するため、リツキサンの投与約30分前に、カロナール2錠を内服します 	<ul style="list-style-type: none"> 朝()時頃より治療を始めます 					
点滴・処置	 <ul style="list-style-type: none"> 点滴開始時間は原則的に午前中ですが、正確な時間は追ってお知らせします 点滴は心電図をとりながら行います(点滴終了後、異常なければ心電図をはずします) 点滴は2日間継続します 	<ul style="list-style-type: none"> 体重を朝と夕方にはかります 	<ul style="list-style-type: none"> 途中気分が悪くなったり、痛くなったときはすぐにお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は終了予定です 				<ul style="list-style-type: none"> 白血球数が下がった場合は、白血球を増やす注射をします 熱が出る場合は血液培養検査をした後、抗菌薬の点滴が開始になります
検査		<ul style="list-style-type: none"> 採血  	→	<ul style="list-style-type: none"> 採血  	→			<ul style="list-style-type: none"> 採血 
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴中はトイレ以外はベッド上で安静にしてお過ごし下さい 		<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 				
食事	<ul style="list-style-type: none"> 通常の食事です  	<ul style="list-style-type: none"> 吐き気が出てきたり、食欲が無いときはお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 食欲や好みに合わせ、食事内容を変更することが出来ます 					<ul style="list-style-type: none"> プレドニンの内服が終了した頃より食欲が落ちることがあります
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴ができます 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴中は看護師が体を拭きます 		<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴が出来ます 身体がきついときは、看護師が身体を拭きます 				
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 							
患者及びご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> 治療について医師が説明します 感染予防について看護師が説明します 							退院後の日常生活の注意点 <ol style="list-style-type: none"> うがい、手洗いを励行しましょう 約2週間人混みは避けてください 薬を確実に飲みましょう 熱が出たり、具合が悪いときは救急外来を受診できます
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>> ⑩ 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)