


患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____ No1/1

日付	/	/	/ ~ /	/	/
入院日数	1日目	2日目	3～6日目	7日目	8日目
イベント	入院日	治療当日	治療中		退院日
目標 毎日看護師と評価します <input type="checkbox"/> 治療についての不安を伝えることができる	<input type="checkbox"/> 点滴の針に問題なく実施できる <input type="checkbox"/> 合併症なく点滴が終了できる <input type="checkbox"/> 治療の予定がわかる	<input type="checkbox"/> 治療について理解できる（合併症を言える、症状を知っている、症状がある時に対処できる） <input type="checkbox"/> 副作用症状を速やかに伝えることができる（吐き気や嘔吐がある時には知らせることができる） <input type="checkbox"/> 倦怠感がなく過ごせる（日常生活の動作ができる） <input type="checkbox"/> 食事を食べることができる	<input type="checkbox"/> 感染予防について理解し、予防のための行動ができる		
	<input type="checkbox"/> いつも飲んでる薬を確認します <input type="checkbox"/> 現在内服している薬は指示がない限りそのまま続けてください <input type="checkbox"/> 栄養食品やサプリメントの使用希望の方は医師に確認しますのでお申し出ください	<input type="checkbox"/> いつもどおり内服してください	<input type="checkbox"/> いつもどおり内服してください	退院基準： <input type="checkbox"/> 予定通り化学療法が終了できる <input type="checkbox"/> 作用症状が出現しても日常生活に支障がない 	
内服注射	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 朝食前に体温と体重を測ってください  		<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲン	
検査	<input type="checkbox"/> 抗癌剤の点滴をします <input type="checkbox"/> 点滴の刺入部を観察します 	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。食べたい時に食べられるものを食べてください <input type="checkbox"/> 食欲などに合わせて病院食を変更することができますので、ご相談ください	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。【男性の入浴日：月・水・金 / 女性の入浴日：火・木・土】 <input type="checkbox"/> 感染に注意し、うがい・手洗いを行なってください		
治療処置	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 点滴が始まる前に排尿を済ませてください <input type="checkbox"/> 治療薬によっては6時、16時に体重測定があります <input type="checkbox"/> 治療薬終了後48時以内は、排泄後トイレの蓋を閉めて水を2回流してください 	<input type="checkbox"/> 特に制限はありませんが、売店やレントゲンに行く時は、感染予防のためマスクをしてください		
食事飲水	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振・体がだるい等の症状が出ることがあります <input type="checkbox"/> 発熱や吐き気がある時は、我慢せずにお知らせください		
清潔	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 点滴中は安静にお過ごしください	<input type="checkbox"/> 骨髄抑制の症状が出やすい時期です		
排泄	<input type="checkbox"/> 看護師が治療スケジュールを説明します <input type="checkbox"/> 初めて治療される方は、薬剤師が治療内容や薬剤について説明します	<input type="checkbox"/> 治療中、点滴部位が痛かったり、腫れたりした場合は、すぐにお知らせください <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった場合は、すぐにお知らせください			
安静活動	<input type="checkbox"/> 制限はありません				
説明指導					

注) 現時点で考えられる予定であり変更になることがあります