

前立腺癌（化学療法）の治療を受けられる患者様へ

（前立腺癌パス(化学療法)）【17022-00】

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	3~4 日目	5 日目	6 日目
イベント	入院日	治療日	治療日	治療日	退院
目標	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧が安定している <input type="checkbox"/> 治療について理解できる <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 清潔が保持できる <input type="checkbox"/> ADL（日常生活動作）が低下しない <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点について理解できる				
内服 注射					
検査	採血、レントゲン、心電図の検査があります 			採血があります 	
治療 処置		点滴を行います 1 時間程度で終了します 			
食事 飲水	特に制限はありません				
清潔	毎食後うがいをしてください 				退院基準： <input type="checkbox"/> 日常生活が自力で行える <input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱がない <input type="checkbox"/> 血液結果に異常がない（好中球が 1000 ある） 
排泄					
安静 活動	特に制限はありませんが点滴中の外出はできませんのでご了承ください 				
説明 指導	入院後の生活について説明します 入院中に栄養士から食事についての説明があります 薬剤師から治療の薬についての説明があります				退院手続きができましたら担当者よりお知らせするので部屋でお待ちください 次回受診日、診察券をお渡しします

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