放射線治療を受ける患者様へ（全脳）

全脳照射療法【22007-00】

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　入院病棟：＿＿＿＿病棟　　主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿　　受け持ち看護師：

日付	／　～　／	／　～　／					／
入院日数	1日目	2日目～15日					16日目
イベント	入院日	治療日					退院日
目標 毎日看護師と評価します	・治療中、安静が守れている ・疑問があれば質問できる ・治療について理解できる	・意識レベルの低下が少ない ・嘔気・嘔吐・頭痛がない ・清潔ケアの方法が言える	・起こりえる副作用症状を言える	・症状出現時知らせることができる	・治療部位を保護できる	・治療部位の掻痒感があっても我慢できる ・検査データに問題がない	・退院後の生活についてわからないことを質問できる	・副作用の対処法を言える
内服 **注射**							
検査	身長・体重を測定します	血液検査やレントゲン写真がある場合には事前にお知らせします				入院１４日目に採血があります	
内服薬	内服している薬があれば持参してください。薬の内容を確認するために一度看護師がお預かりします						
起こりうる症状	治療による副作用について、別紙を用いて看護師が説明します	・頭痛やめまい、嘔気、痙攣などの症状が出現する場合があります。その時は看護師にお知らせください ・照射している部分の皮膚が赤くなったり乾燥して痒みがでてくることがあります ・副作用を防止するために内服薬や点滴を使用することがあります					・髪が抜けてきます ・皮膚の赤みや痒みを強く感じるようになります	
治療・処置	治療準備を外来で終えている方は治療に呼ばれます。準備を終えてない方は治療準備に呼ばれます	退院基準：日常生活の注意点がわかる						
注意点	放射線をあてる部分には湿布、絆創膏、軟膏類はつけないでください。また、皮膚は、弱くなっているので、無理に剥いたり触ったりして刺激しないよう気をつけましょう							
食事	食事に制限のある方は調整しますので看護師に知らせてください。状況により食事形態を変更していくのでご相談ください							
清潔	低刺激シャンプーの使用をお勧めします	放射線治療部位の洗浄方法を確認します						
活動	外泊、外出については医師に許可が必要です。予定がある方は看護師に申し出てください							
その他	・治療方針について医師の説明があります ・各同意書にサインをお願いします ・入院生活の説明をします						医師から退院後の生活について説明があります	

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