

# 入院診療看護計画表(パクリタキセル+カルボプラチンを使用した化学療法を受けられる方へ)


病棟 病室 号 氏名( ) 様 担当医( ) ( ) ( ) 看護師( )

項目	病日	病日	病日
	入院当日 治療前日	入院2日目 治療当日	入院3日目(退院) 治療2日目
目標	<input type="checkbox"/> 診察と検査結果に異常がなく治療が受けられる	<input type="checkbox"/> アレルギー症状がない <input type="checkbox"/> 尿量の維持ができる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について理解できる
予定	<input type="checkbox"/> 担当医の診察があります 	<input type="checkbox"/> 夜0時から1日尿測をはじめます <input type="checkbox"/> 医師の指示があれば イメンドカプセル125mg(嘔気止め)を1錠内服します <input type="checkbox"/> アレルギー予防の錠剤を5錠内服します 9時30分 吐気止めの点滴をします  アレルギー予防の注射を2本します <input type="checkbox"/> パクリタキセル開始前に心電図をつけます 血圧を開始前に測ります  <input type="checkbox"/> 10時 パクリタキセルを開始します 開始後15分は5分おき、以後1時間おきに血圧を測ります <input type="checkbox"/> 13時 カルボプラチンを開始します  心電図をはずします <input type="checkbox"/> 14時30分 生理食塩水の点滴をして終了です	<input type="checkbox"/> 医師の指示があれば イメンドカプセル80mg(嘔気止め)を朝食後に内服します <input type="checkbox"/> デカドロン錠(嘔気止め)を  朝食後と昼食後に1回1錠内服します(3日間)
食事	<input type="checkbox"/> 食事ができます(常食) .....  食事内容の変更希望があれば医師・看護師にお申し出ください		
活動	<input type="checkbox"/> 病院内の歩行ができます ..... 		
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます  .....		
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きます <input type="checkbox"/> 入院のご案内をします 	<input type="checkbox"/> 薬剤師より服薬指導があります(入院当日の指導となる場合があります) 	<input type="checkbox"/> 退院時の指導があります  <input type="checkbox"/> 婦人科癌患者の会「あしたの会」の紹介があります

**■退院指導■**

医師より治療内容の概略・症状・退院後の日常生活指導があります

次回受診日  
月 日( ) 時 分  
担当医( )



この計画は現時点のもので、病状によって、治療・看護の内容を変更します。変更があれば、その都度説明させていただきます。不安なこと・心配なことがあればお申し出ください。