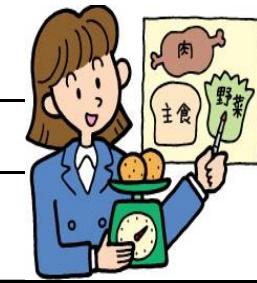


入院診療計画書—ガザイバ投与目的で入院される患者様へ—

患者氏名 様	病名		
	症状		
	病棟	特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入院日 1日目	化学療法当日 2日目	化学療法翌日～退院日 3日目～4日目	
	<input type="checkbox"/> 化学療法の内容を理解できる <input type="checkbox"/> 化学療法に伴う副作用が理解できる	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定しており化学療法を行える <input type="checkbox"/> 副作用出現時投薬により症状が軽減する	<input type="checkbox"/> 化学療法後全身状態に著変なく過ごせている
検査	<input type="checkbox"/> 採血があります 		
薬	<input type="checkbox"/> 内服中のお薬をお持ちください <input type="checkbox"/> 入院中も持参薬を継続して服用してください	<input type="checkbox"/> ガザイバ投与30分前に内服薬を服用頂きます -ロキソプロフェンナトリウム1錠 -d-クロルフェニラミンマレイン(ポララミン)1錠	
点滴		<input type="checkbox"/> ガザイバ投与前にステロイドの点滴を60分かけて行います <input type="checkbox"/> ステロイドの点滴終了後ガザイバの点滴を行います	
処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管を入れます	<input type="checkbox"/> 点滴終了後著変なければ点滴の管を抜去します	
食事	<input type="checkbox"/> 特別指示がなければ常食をお出します		
安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません		
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴できます		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 医師・薬剤師より化学療法について説明します <input type="checkbox"/> 看護師が入院オリエンテーションをします	<input type="checkbox"/> 看護師が次回入院日の説明をします <input type="checkbox"/> 外来受診があれば再診日の説明をします <input type="checkbox"/> 薬剤師が退院時に持ち帰って頂く薬剤の説明をします	

*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印 _____

上記内容について説明を受けました

担当看護師 _____

(同意年月日 年 月 日)

本人・代理人 署名 _____

(続柄 _____)

#VALUE!