

# 入院診療計画書：化学療法パス

主治医： ⑩

患者氏名： 様

担当看護師：

| 経過日数<br>分類 |       | 治療前日<br>#VALUE!                                                                     | 治療当日・前                                                                              | 治療当日・中<br>#VALUE!                                                                     | 治療当日・後                                                                                | 治療1日目<br>#VALUE!                                                                      |
|------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者説明資料     | 注射    | 指示で点滴がある場合があります                                                                     |                                                                                     | 点滴をします                                                                                | 点滴終了後、留置します                                                                           | 指示で点滴がある場合があります                                                                       |
|            |       |    |                                                                                     |    |                                                                                       |    |
|            | 処置    |                                                                                     |                                                                                     | 血圧を測定します                                                                              | 血圧を測定します                                                                              |                                                                                       |
|            |       |                                                                                     |                                                                                     |    |    |                                                                                       |
|            | 検体検査  | 血液検査がある場合があります<br>尿検査がある場合があります                                                     |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            |       |    |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            | 画像・生理 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            |       |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            | 食事    | 食事ができます<br>特別な栄養管理の必要性 有・無                                                          | 食事ができます                                                                             | 食事ができます                                                                               | 食事ができます                                                                               | 食事ができます                                                                               |
|            |       |    |    |    |    |    |
|            | 清潔    | 入浴できます                                                                              | 入浴できます                                                                              | 入浴できます                                                                                | 入浴できます                                                                                | 入浴できます                                                                                |
|            |       |    |    |    |    |    |
|            | 体動    | 病院内は自由です                                                                            | 病院内は自由です                                                                            | 病院内は自由です                                                                              | 病院内は自由です                                                                              | 病院内は自由です                                                                              |
|            |       |  |  |  |  |  |
|            | 排泄    |                                                                                     | 朝6時に前日の排尿・排便の回数を聞きます                                                                |                                                                                       |                                                                                       | 朝6時に前日の排尿・排便の回数を聞きます                                                                  |
|            |       |                                                                                     |  |                                                                                       |                                                                                       |  |
|            | 教育・指導 | 入院時の説明があります                                                                         | 尿を溜めてもらう場合があります                                                                     | 点滴中に気分が悪くなった時は、<br>すぐに看護師にお知らせ下さい                                                     |                                                                                       | 退院の予定です                                                                               |
|            |       | 検査・治療の説明があります                                                                       |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       | 退院時の説明があります                                                                           |
|            |       | 尿を溜めてもらう場合があります                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            |       | 内服薬を持参している方は看護師に<br>渡して下さい                                                          |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|            |       |  |                                                                                     |  |                                                                                       |  |

※ 上記内容について説明を受けました。 年 月 日：患者様氏名(代理者氏名・続柄)