

化学療法(オプジーボ)パス 入院診療計画書

患者ID	主治医	病名	説明日
患者氏名	(性別) 担当医	管理栄養士	症状 <input type="checkbox"/> 事前検査による異常所見
生年月日:	(年齢) 看護師	特別な栄養管理の必要性	<input type="checkbox"/> 患部の自覚症状
病棟(病室)	薬剤師	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	()

月日	入院日	治療日	治療翌日
	/	/	/
患者目標	不安なく治療を受けることができる		副作用が最小限で退院できる
治療処置 注射 (内服)	現在使用している薬をすべて確認します (現在中止している薬も含む) 入院中に使用する薬について説明します アレルギーの有無等を確認します 	医師が点滴の針を挿入し治療を開始します 点滴中は定期的に血圧などの測定をします 点滴が終了したら針を抜きます	退院時に処方がある場合は、薬剤師からお渡しします(不在の場合には看護師からお渡す場合もあります) ネームバンドを外します 体温計を回収します 退院後の過ごし方、次回外来について説明をします 次回の外来予約票と診察券をお渡します
検査	必要時、血液検査をします(検査がある場合は前日にお知らせします)		
食事	常食(必要に応じて治療食)です		
排泄	制限はありません	点滴開始後の排尿時は2回水を流してください(尿から薬の成分が出るため)	会計担当者が、お部屋へ伺います(開院日) 会計の説明を聞いてからの退院となります (状況によっては、多少お待ち頂く場合がございます) 
清潔	シャワー浴ができます(必要な場合はお手伝いをします)	入浴はできません	
活動(安静度)	院内でお過ごしください	点滴中は、トイレの時以外はできるだけ安静にお過ごしください	
説明(指導)	入院生活や治療について説明します 義歯・補聴器があるかを確認します ネームバンドを装着します 薬剤師より化学療法の副作用について説明があります	治療中に気分が悪いなどの症状や針の挿入部に痛み、赤み、腫れがある時はお知らせください	
その他			

※転倒転落・せん妄リスクが生じる場合は、適宜観察し、対応させていただきます。

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

※上記の内容は、状態によって変更する場合があります。変更の際はその都度お伝えします。

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

説明を受けた人: 続柄

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(本人・家族) ()

呼吸器内科パス: