

初回化学療法（4日間）を受ける患者様へ

初回化学療法(短期4日間)パス【02030-00】

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

No1

| 日付 | 入院前 / | / | / | / ~ / | |
|--------------------------|---|--|---|--|--|
| 入院日数 | 外来 | | 1日目 | 2日目 | 3日目~4日目 |
| イベント | 入院日 | | 治療開始前 | 治療中・後 | 退院 |
| 目標 毎日看護師と評価します | <input type="checkbox"/> 入院の必要性を理解できる | <input type="checkbox"/> 治療内容を理解できる | <input type="checkbox"/> 不安なく化学療法の治療を行える | <input type="checkbox"/> 副作用出現時にすばやく看護師に伝えることができる | <input type="checkbox"/> 退院後の生活が理解できる(本人・家族) |
| 活動範囲 | | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません |  | | |
| 食事 飲水 | | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません | | | |
| 清潔 | | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません | | <input type="checkbox"/> シャワー浴はできません  | |
| 排泄 | | <input type="checkbox"/> 特に制限はありません  | | | |
| ケア | | <input type="checkbox"/> 採血結果を見て治療(抗癌剤)を開始します <input type="checkbox"/> 午後から、点滴治療を開始します。ポートから針を刺入します  | | <input type="checkbox"/> ポート針の入っている所に腫れや痛みがないかを確認します <input type="checkbox"/> 治療が終了し次第ポート針を抜針します | <input type="checkbox"/> 治療が終了し問題なければ退院になります |
| 検査 | | <input type="checkbox"/> 採血  | | | |
| 薬剤 | <input type="checkbox"/> 入院時、内服しているお薬は全て持参してください | <input type="checkbox"/> 内服されている方は、お薬を看護師に見せて確認させてください  | | | |
| 説明 指導 | <input type="checkbox"/> 入院時のパンフレットを参考に入院時の必要物品をご用意ください | <input type="checkbox"/> 1階の①番窓口で入院の手続きを行ってください。保険証、診察券、印鑑が必要となります <input type="checkbox"/> 診断書が必要な方は1階文書センターに申し出てください(不明な点がありましたら、医療者に申し出てください) |  | | <input type="checkbox"/> 看護師より精算の準備ができ次第お伝えします。1階の②番の窓口で精算してください |

退院基準：重篤な副作用症状がない

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