





抗癌剤（シスプラチン・5FU）と放射線治療を受ける患者様へ

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

日付	/	/	/	/	/
入院日数	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
イベント	入院日	治療中			退院日
目標 <small>毎日看護師と評価します</small>	<input type="checkbox"/> 抗癌剤の副作用、注意点が言える		<input type="checkbox"/> 副作用症状に対処できる		<input type="checkbox"/> 感染予防行動がとれる
内服 注射	<ul style="list-style-type: none"> ・内服している薬があれば持参してください。薬の内容を確認しますので、看護師にお渡しください ・副作用予防のため吐き気止めの薬を予防的に内服します(5日間) ・点滴治療の副作用について薬剤師より説明があります 		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【起こりうる症状】副作用には個人差があります</p> <ul style="list-style-type: none"> ・吐き気、嘔吐などの消化器症状が出る場合があります ・尿が出にくくなったり、むくみが出てくる場合があります ・発疹が出てくる場合があります  </div>		
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・体温、脈拍、血圧測定があります ・毎日朝食前に体重を測ってください 				
治療 処置					
食事 飲水	<ul style="list-style-type: none"> ・食事に制限がある方は看護師に伝えてください。調整致します ・副作用の状況により食事形態を変更しますのでご相談ください 				
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴治療中は入浴できません。タオルで身体を拭いたり、洗髪することはできます。介助を希望される方は看護師に知らせてください 				
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中は尿を貯めてもらいます（治療開始当日～治療終了翌日まで） 				
安静 活動	<ul style="list-style-type: none"> ・特別制限はありませんが、点滴治療中は安静にして過ごしてください 				
説明 指導	<ul style="list-style-type: none"> ・治療について医師から説明があります。同意書にサインを頂きます ・点滴治療の副作用について薬剤師より説明があります ・点滴のポンプの取り扱いについて説明があります 				

感染予防のためうがい、手洗いを行い、人がたくさんいるところに行く場合はマスクをしてください

点滴の管を強く引っ張ると抜けてしまう事があるので注意して下さい。また、ひっかかって転倒しないように注意して下さい



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