

入院診療計画書

R-CHOP療法をお受けになる @PATIENTNAME 様へ

血液内科

階

病棟

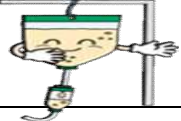
@PATIENTROOM 号室

|                |       |                                                     |
|----------------|-------|-----------------------------------------------------|
| 主治医氏名          |       | 印                                                   |
| 主治医以外の担当者氏名    | 担当医師  |                                                     |
|                | 看護師長  |                                                     |
|                | 担当看護師 |                                                     |
|                | 管理栄養士 |                                                     |
| 病名             |       |                                                     |
| 症状             |       |                                                     |
| 手術             |       | なし                                                  |
| 特別な栄養管理の必要性    |       | ( あり ・ なし )                                         |
| 入院治療の目標 (達成目標) |       | 退院後の日常生活の注意点を理解できる。合併症の兆候について理解し、症状出現時には、医療者に相談できる。 |

患者番号 @PATIENTID

【患者または代理者同意署名】  
年 月 日 氏名

\*代理署名の場合 患者との続柄 ( )

| 推定入院期間   | 入院日( 月 日 )                                                                                                                                                                                                    | 2日目                                                                                                                                                                                       | 3日目(退院日)                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 注射・内服    | ・ステロイド(プレドニン)の内服薬があります。                                                                                                                                                                                       | ・ステロイド(プレドニン)の内服薬があります。<br>・リツキサンの投与30分前に副作用を軽減するお薬を内服します。                                                                                                                                | ・ステロイド(プレドニン)の内服薬があります。<br>※ステロイドの内服は5日目まであります。    |
|          | ・吐き気止めの点滴を行います。<br>・オンコビン、ドキソルビシン、エンドキサンの投与を行ないます。<br><br>※点滴刺入部の痛みや違和感、吐気がある場合は我慢せず知らせてください。                                                                                                                 | ・アレルギー症状を抑えるための点滴を行ないます。<br>・リツキサンの投与を行ないます。副作用予防のため点滴の速度を調整しながら投与します。<br>・投与終了後医師の指示により点滴を抜去します。<br> | ・白血球を増やすための皮下注射を行います。                              |
| 検査       | ・必要に応じて血液検査や尿検査、心電図検査を行ないます。                                                                                                                                                                                  | なし                                                                                                                                                                                        | なし                                                 |
| 処置       | ・体温・血圧・脈拍・酸素飽和度の計測を行います。                                                                                                                                                                                      | ・心電図モニターを付けます。<br>・リツキサン投与中、体温・血圧・脈拍・酸素飽和度の計測を頻回に行います。<br>・リツキサン投与終了後心電図モニターを外します。                                                                                                        | なし                                                 |
| 教育・説明・指導 | ・医師より治療内容についての説明があります。<br>・薬剤師から治療スケジュール、使用する薬の作用と副作用の説明があります。<br>・看護師が自宅での様子、内服している薬を確認し、入院生活についての説明をします。<br>・看護師がR-CHOPのしおりを用いて治療について説明します<br>・外来通院となるため通院治療センターの見学を行い、退院後の通院治療について説明します。<br>※見学は退院までに行います。 | ・リツキサンの副作用(インフュージョン・リアクション)について説明します。普段と異なる症状があるときは教えてください。                                                                                                                               | ・看護師が退院後の治療スケジュールを確認し、副作用出現時の対処方法(感染予防等)について指導します。 |
| 安静度      | 点滴中は出来るだけ安静にお過ごしください。                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           | 制限はありません。                                          |
| 食事       | 体の状況に合わせて治療食が必要となる方もいます。                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                           | 生もの(生魚、生肉、生卵)の摂取は控え、火を通してから食べましょう。                 |
| 排泄       | 制限はありません。抗がん剤の排出があるためトイレ使用後は2回以上流すようにしてください。                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |                                                    |
| 清潔       | シャワー浴が可能ですが、化学療法薬の投与中は避けてください。希望に応じて体を拭くタオルをお渡しします。                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                           |                                                    |
| リハビリ     | なし                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                           |                                                    |
| その他      | なし                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                           |                                                    |



\*病名等は、現時点で考えられるものとなりますので、今後検査を進めていくうえで変更される可能性があります。  
\*入院期間については、現時点での予想となっており、状態に応じ予定が異なることも考えられます。  
\*何か質問がある際は医療者にお尋ね下さい。