

患者名【 様】 パス名：化学療法AP(ドキソルビシン・シスプラチン)

経過 日付	入院当日	急性期(治療当日)	治療期(治療2日目)	治療期(治療3日目)	退院日(治療4日目)
食事	<p>食事制限はありません。 治療中・治療後に、食欲不振・吐き気等が出る場合があります。食事の変更が出来ますので御希望があればご相談下さい。</p>				<p>午前中に退院の準備を 済ませてください。</p> <p>1. 会計で支払いを済ませて下さい。</p>
注射 ・ 内服	<p>朝より点滴を始めます。 点滴を開始する前に、 内服薬があります。</p>  <p>* 点滴部の痛み・腫れ等あれば直ちに知らせして下さい。</p> <p>* アレルギー反応を起こすこともあります。 いつもと違う症状を感じるであれば すぐにお知らせください。</p> 	<p>吐き気が出る事があります。 吐き気がひどい時はお知らせ下さい。吐き気止めのお薬を処方します。</p> 	<p>会計窓口</p>  <p>2. 窓口で渡される入金報告書を 病棟にお持ち下さい。 退院処方や診察券をお渡しします。</p>		
検査					
安静	<p>点滴中は病棟内でお過ごし下さい。 便秘や体力の低下を生じているときは、失神などの血管迷走神経反射を起こす事があります。 気分が悪い時は動かずにナースコールを押して看護スタッフに知らせてください。</p>				
清潔	<p>シャワー浴ができます。</p> 				
排泄	<p>排便習慣が変わる事があります。便秘・下痢等ありましたらお知らせ下さい。 便秘になる場合が多くみられます。お薬で調整することが出来ますので便秘傾向の方はご相談ください。</p>				
他	<p>治療に際し頭髮が抜ける事がありますが、治療が終了すると髪は生えてきます。 治療に伴い、身体のだるさ・食欲不振・吐き気・嘔吐等の症状が出るおそれがあります。 症状を出来るだけ軽くするためにも、体調の変化が生じたときは、我慢せず医師や看護師にお申し出下さい。</p>				
ご意見 ・ ご要望	<p>何か不明な点があれば看護師にお尋ねください。</p>			計画説明日	計画説明者
				年 月 日	
				同意者ご署名	本人以外の場合、患者様との関係