

日程 月/日			治療1日目	治療2日目	治療3日目	治療4日目	治療5日目	治療6日目	～	退院日
			/	/	/	/	/	/	～	/
目標			【治療1日目】 ☐ 化学療法の必要性を理解の上、文書で治療に同意できる。 ☐ 治療のスケジュールを理解できる。 ☐ 治療の合併症および副作用症状を理解できる。				【治療7日目～退院前日】 ☐ 感染予防(うがい、手洗い、マスク着用)の必要性を理解し、実践できる。 ☐ 薬剤による排便の調整方法を理解し、実践できる。			
			【治療1～6日目】 ☐ 化学療法の副作用症状が現れた時に、すぐに知らせることができる。 ☐ 点滴によるトラブルが起きないように注意を払うことができる。 ☐ 感染予防(うがい、手洗い)の必要性を理解し、実践できる。 ☐ 薬剤による排便の調整方法を理解し、実践できる。				【退院日】 ☐ 感染予防(うがい、手洗い、マスク着用)を実践できている。 ☐ 薬剤による排便の調整方法を確立できている。 ☐ 緊急時の対処方法、連絡先を理解できる。			
説明			【入院日】 ☐ 医師から治療計画の説明があります。 ☐ 看護師が入院までの病状の経過などをお尋ねします。 また本用紙を用いた説明があります。 ☐ 薬剤師から化学療法について説明があります。 ☐ 栄養士から食事について説明があります。				【退院前日】 ☐ 看護師から退院後の生活や緊急時の対応について説明があります。			
治療	薬剤	作用	所要時間	治療スケジュール						
	アプレピタントカプセル	吐き気止め	内服							
	グラニセロン注+デキサート	吐き気止め+アレルギー予防	30分							
	アドリアシン注	抗がん剤	2時間							
	イホマイド注	抗がん剤	4時間							
	ウロミテキサン+生理食塩水	膀胱・排尿障害予防	1時間							
	ハルトマンG3号+メイロン	膀胱・排尿障害予防	6時間							
	フルクトラクト+メイロン	膀胱・排尿障害予防	6時間							
	ハルトマンG3号+デキサート	吐き気止め+アレルギー予防	6時間							
	グラニセロン注	吐き気止め	15分							
注意事項			【治療1日目】 •【11:00】アプレピタントカプセル •【11:30】グラニセロン注+デキサート •【12:00】アドリアシン注 •【14:00】イホマイド注 •【14:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【18:00】ハルトマンG3号+メイロン •【18:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【22:00】ハルトマンG3号+メイロン							
			【治療2日目】 •【00:00】フルクトラクト+メイロン •【06:00】ハルトマンG3号+デキサート •【朝食後】アプレピタントカプセル •【10:00】グラニセロン注 •【12:00】アドリアシン注 •【14:00】イホマイド注 •【14:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【18:00】ハルトマンG3号+メイロン •【18:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【22:00】ハルトマンG3号+メイロン							
			【治療3～5日目】 •【00:00】フルクトラクト+メイロン •【06:00】ハルトマンG3号+デキサート •【朝食後】アプレピタントカプセル •【10:00】グラニセロン注 •【12:00】イホマイド注 •【12:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【16:00】ハルトマンG3号+メイロン •【16:00】ウロミテキサン+生理食塩水 •【22:00】ハルトマンG3号+メイロン							
			【治療6日目】 •【00:00】フルクトラクト+メイロン •【06:00】ハルトマンG3号+デキサート •【12:00】抜針							
			【点検開始から終了まで尿測定、尿潜血検査があります。 【点検の針を刺している部位に熱感、痛み、腫れ、液漏れなどがありましたら、すぐにお知らせください。 【輸液ポンプのアラームが鳴った場合、すぐにお知らせください。 【輸液ポンプをつけたまま歩行できます。ベッドへ戻った際に輸液ポンプの電源コードを忘れずに接続してください。 【アドリアシン注により尿が赤くなることがあります。 【治療6日目の血液検査で異常がなければ点滴が終わり次第、針を抜きます。							
			【白血球が減少している期間にG-CSF皮下注射があります。							
検査			血液検査 【13:00】尿潜血 【12:00】尿潜血 【12:00】尿潜血 【12:00】尿潜血 【12:00】尿潜血 【12:00】尿潜血 血液検査(必要時)							
観察	主な副作用症状		副作用症状に注意が必要な時期 (副作用症状に対して薬を使うこともあります。気になる症状がある場合は我慢せず、すぐにお知らせください。)							
	アレルギー(湿疹、かゆみ、息苦しさなど)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲不振、吐き気		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	浮腫		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	便秘		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	倦怠感		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	脱毛		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	口内炎		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	心筋障害(胸痛、動悸など)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	頭痛		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
出血性膀胱炎(血尿、排尿時痛)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
白血球減少		治療7～14日目								
排尿		尿測定	尿測定	尿測定	尿測定	尿測定	尿測定	有・無	有・無	
排便		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
バイタルサイン測定		看護師がバイタルサイン(脈拍、血圧、体温)を測定します。								
活動		制限はありません。点滴中はチューブの取り扱いにご注意ください。								
食事		ご希望に応じて食事内容を変更できます。看護師、栄養士にお知らせください。白血球が減少している期間は生食を避け、生花の持込みもご遠慮ください。								
清潔		シャワー浴を行うことができます。体調で行えない場合は清拭や洗髪を行うこともできます。看護師にご相談ください。								
		うがい・手洗い・歯磨きを行ってください。白血球が減少している期間はベッドから離れる際にマスクを着用してください。								

□ 本用紙の内容はおおよその目安です。患者さんの状態により変更となる場合があります。ご了承ください。
□ 分からないことがありましたら、遠慮なくスタッフにご相談ください。