

ID

様

生年月日

病名

入院予定表(CHOP療法)

主治医

説明医

立ち会い看護師

	治療前日	治療開始日	治療2日目	治療3日目	治療4日目	治療5日目	治療6-14日目
	/	/	/	/	/	/	/
	化学療法(以下の治療薬を使用します。①-③は1日のみ、④は5日間内服します。副作用等有害事象については説明同意書をご覧ください)						
		①ドキシソリン(アドリアマイシン)点滴 ②シクロフォスファミド(エンドキサン)点滴 ③ピンクリスチン(オンコビン)静注 ④プレドニゾン(プレドニン)内服	プレドニゾン内服	プレドニゾン内服	プレドニゾン内服	プレドニゾン内服	
治療・処置	歯科受診(口内炎や虫歯がないかチェックします。) 高尿酸血症予防薬(フェブリク錠)を開始します。	フェブリク内服錠	フェブリク内服錠	フェブリク錠内服	フェブリク錠内服		
検査		心電図モニターを装着します。問題なければ、17時に外れます。	採血・検尿検査(経過中適宜施行)				
日常的な検査	血圧測定 体温測定、パルスオキシメーターによる酸素測定 診察 体重測定	体重測定	体重測定	体重測定	体重測定	体重測定	
食事	お食事(ご飯)が出来ます。						
病院内の活動	制限ありません。	室内は動けますが、室外には出ないようにしてください。		制限ありません。			治療開始9日目より14日目までは、病棟内のみ自由となります。(白血球低下のため)
清潔	シャワーできます。						
説明/記録	医師が病状・治療スケジュール・副作用・治療日記について説明します。	治療日記に記載をして下さい。					
その他・留意点	感染予防 手洗い、うがいをよく行って下さい。 治療開始後、吐き気やしびれ、お腹の張り感、便秘等の症状がありましたら申し出て下さい。	点滴の針が入っているところの痛みや腫れがありましたら、早めに申し出て下さい。	感染予防 手洗い、うがいをよく行って下さい。				
ご要望やご希望があればご記入ください							

*病名等については、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる可能性があります。

*入院期間については現時点で予想されるものです。

上記の内容について説明を受けました。

患者氏名

家族氏名(続柄)

(自署の場合、押印は不要です。)