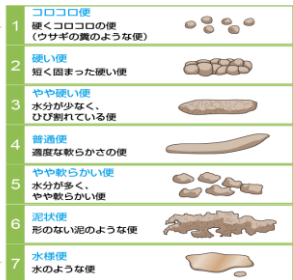


血液内科 悪性リンパ腫の化学療法を受けられる様

|              | 入院前日まで                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 入院日                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2日目                                                                                                                                                    | 3日目                                                                                                                                                                                      | 4日目                                                                                                                                                                                                                   | 5日目～14日目                                                                                                                                                                                | 15日目～                                                                                            | 退院日                                                                                                                     |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        | リツキサン療法                                                                                                                                                                                  | CHOP療法                                                                                                                                                                                                                | 骨髄抑制期                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  | 月 日                                                                                                                     |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 達成目標         | 治療について同意している                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 治療について理解できる<br>感染予防について理解できる<br>治療に対する不安が軽減できる                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                        | 副作用が最小限で治療が続けられる<br>正しく内服できる<br>点滴部位が痛いときや、体調に変化があれば知らせることができる                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                       | 副作用のコントロールができる<br>正しく内服ができる<br>37.5℃以上の発熱がない                                                                                                                                            | 検査データに問題がない<br>37.5℃以上の発熱がない<br>副作用がない                                                           | 退院後の日常生活の注意点が理解できている                                                                                                    |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 治療薬剤         | ・治療開始までの薬は、医師の指示に従ってください。<br>                                                                                                                                                                                        | 【薬剤師から】<br>・持参した薬は、薬剤師に預けて下さい。<br>・預けた薬は、薬剤師が確認します<br>・確認した薬は、看護師がお返しします<br>・薬の内服は医師の確認後、説明します。<br>                                                                                                                       | ・薬剤師より治療薬の説明があります<br>                                                 | ・胃薬(ファモチジン)が開始になります<br>・当日の治療が決定したら、ステロイド薬(プレドニン)が開始になります。4日間飲み続けま<br>                                  |                                                                                                                                                                                                                       | ・5日目より下剤(パントシン、酸化マグネシウム)が開始になります。便の状態に応じて、調整します。<br>・5日目より感染症予防薬(バクタ)の内服が開始になります<br>・飲み忘の確認を行います<br> |                                                                                                  | 【薬剤師】<br>・薬剤師、もしくは看護師より薬の説明があります<br> |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 処置検査         | ・爪は短く切ってください<br>【入院日までに準備して下さい】<br><input type="checkbox"/> 現在使用中の薬<br><input type="checkbox"/> お薬手帳<br><input type="checkbox"/> ボールペン（必要書類のサインのためです）<br><input type="checkbox"/> 入院生活に必要な物（アメニティの申し込みは入院後になります）<br> | ・咽頭培養・便培養検査を行います。<br>【入院日までに準備して下さい】<br><input type="checkbox"/> 現在使用中の薬<br><input type="checkbox"/> お薬手帳<br><input type="checkbox"/> ボールペン（必要書類のサインのためです）<br><input type="checkbox"/> 入院生活に必要な物（アメニティの申し込みは入院後になります）<br> | ・点滴開始を開始します<br>・必要に応じて、血糖測定を開始します<br>・採血<br>・毎日体重測定をします<br>           | ・抗がん剤投与時は心電図モニターを装着します<br>・1日に3回、体温、脈拍、血圧などを測定します<br>                                                   |                                                                                                                                                                                                                       | ・熱が出る場合は、医師の判断で、白血球を増やす注射をすることがあります<br>・熱が出る場合は、抗生剤の点滴が開始になります<br>                                   | ・採血（15日目）<br> | ・採血（18日目）<br>                        |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 活動安静度        | ・病棟の中でのみ、歩行は自由です<br>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 食事           | ・移動や移乗の直に不安があれば看護師を呼んで下さい。<br>・看護師がナースコールの位置の確認とベッドの周囲の調整を行います。<br>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 清潔           | ・シャワー入浴ができます<br>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 排泄           | ・トイレで排泄できます。ウォシュレットを使い、清潔を保ちます<br>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 看護           | ・「治療について理解できる」「感染予防について理解できる」「治療に対する不安が軽減できる」よう支援していきます<br>・検査手術に向けて不安が軽減出来るよう支援していきます。                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| チェック項目       | 1日目2日目3日目4日目5日目6789101112131415日目16171819日目                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|              | プレドニン（錠）<br>朝<br>昼<br>夜<br>うがい<br>悪寒                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|              | だるさ<br>吐き気<br>しびれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|              | 血管痛                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|              | 体重<br>尿回数                                                                                                                                                                                                                                                                                             | kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | kg                                                                                                                                                     | kg                                                                                                                                                                                       | kg                                                                                                                                                                                                                    | kg                                                                                                                                                                                      | kg                                                                                               | kg                                                                                                                      | kg                                                                                                    | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg |
|              | パントシン<br>酸化マグネシウム<br>排便の有無／ Bristolスケール                                                                                                                                                                                                                                                               | 朝<br>昼<br>夜<br>／                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ／                                                                                                                                                      | ／                                                                                                                                                                                        | ／                                                                                                                                                                                                                     | ／                                                                                                                                                                                       | ／                                                                                                | ／                                                                                                                       | ／                                                                                                     | ／  | ／  | ／  | ／  | ／  | ／  | ／  | ／  | ／  |
| 患者さん・ご家族への説明 | ・ご不明な点は、お電話ください<br>・病院代表<br>0569-76-4131<br>入院前日まで内科外来<br>入院当日は9E病棟<br>にお問い合わせ下さい<br>                                                                                                                              | 【医師から】<br>★入院日または入院2日目に、入院の説明と治療の説明があります。（外来で説明がお済の方は、サイン記入後、提出してください）<br>★安全確認のため、患者鑑別リストバンドをつけていただきます<br>★病棟、入院中の生活、治療の流れを説明します<br>パンフレットを用いて説明します<br>                                                                | 【看護師から】<br>・「化学療法を受けられる患者さんへ」のパンフレットに沿って、化学療法中の入院生活の注意事項を説明します<br> | 【医師から】<br>・ご希望や、必要に応じて、経過の説明をいたします<br>【看護師から】<br>・ご希望や、日常生活に応じて説明をいたします<br>・必要により退院調整看護師がお話を聞きます<br> | 便秘になりやすいので、下剤を調整します。<br>右の図の Bristol スケールを参考に、下剤（パントシン、酸化マグネシウム）の内服回数の調整や、他の種類の下剤の追加内服を考慮します。<br>内服に困ることがあれば、医師・看護師に相談して下さい。<br> |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                         | 【看護師から】<br>★「退院療養計画書」を基に退院後の生活、次回外来の説明があります<br>・退院は午前10時までになります。<br>・クラークが請求書を届けます<br>★病室内点検の後退院となります |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

患者さんの状態により、スケジュール内容が多少異なる場合があります。経過についてはその都度、個別に説明いたします。

患者バス作成：2021年3月 改訂2025年6月 小牧市民病院