

入院診療計画書

緊急照射放射線治療を受けられる（）様へ

薬 剤 師

2 部 印 刷

1部:患者ファイル

1部:患者様用

病 名

年 齢

生年月日:

管理栄養士

症 状

受持看護師

病棟

理学療法士

日付	入院初日	月	日	(	)	2日目	月	日	(	)	3日目(退院)	月	日	(	)
達成目標	治療法を理解することができる 不明な点や、不安などを看護師に相談できる					治療を安全に終了することができる 異常があれば報告を行うことができる					退院後の注意点について理解できる				
食事	食事について制限はありません ※必要に応じて治療食が出ます アレルギーなどが有る場合は申し出てください					食事について制限はありません ※必要に応じて治療食が出ます									
安静度	原則 安静に過ごしてもらいますが、特に制限はありません					原則 安静に過ごしてもらいますが、特に制限はありません									
清潔	シャワー浴ができます					シャワー浴ができます									
排泄	病棟内のトイレを使用させていただきます					病棟内のトイレを使用させていただきます									
検査処置	来院後に放射線治療に必要なCT検査があります (照射部位に油性ペンやテープで印を付けていきます)					放射線治療が終了するまで体に貼っているテープは剥がさないようにしてください (もしもテープが剥がれた場合は、看護師または放射線技師に申し出てください)									
説明・指導	医師が治療について説明します 看護師が入院中、治療中の注意事項等について説明します										退院後の注意点について説明があります				

※ 上記内容は、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こともありますのでご了承ください

※ ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇

☐ 評価対象外

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・ 日常生活動作

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・ 認知機能

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

・ 意欲

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性

☐ 有

☒ 無

年

月

日

主治医

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

患者_又は 親権者・親族等サイン

(続柄)

高知赤十字病院

(患者用)