
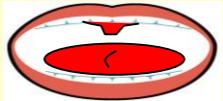
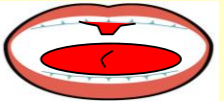


急性骨髄性白血病 キロサイド大量療法を受けられる患者さまへ

患者様用

No.1

患者氏名: 様 受持医: 受持看護師:

月日 経過	入院日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目																
達成目標	◆入院生活に対する理解ができる ◆治療・副作用について理解できる ◆感染予防対策(うがい、手洗い、確実な内服)ができる ◆抗がん薬に伴う副作用(嘔吐、下痢、食欲不振、倦怠感等)が軽減できる ◆キロサイドによる皮疹、結膜炎がない						【移行基準】 ◆治療が無事に終了する																
治療・薬剤 (点滴・内服)	吐き気止め(約30分)(朝) キロサイド(3時間)(朝) 吐き気止め(約30分)(夜) キロサイド(3時間)(夜)						化学療法後パスへ キロサイドによる結膜炎を予防するため、1日4回、忘れずに点眼して下さい																
処置	中心静脈カテーテル(点滴の管)を入れます 朝から抗がん薬の点滴を始めます。治療は5日間行います 吐き気があるときはお知らせください 発熱時は解熱剤を内服します(内服できないときは注射もあります) また、血液培養検査を行い、抗生剤の点滴を開始します 中心静脈カテーテルの入っているところは看護師が毎日観察に来ます						血液検査データメモ <table border="1"> <tr> <td>月日</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>白血球(WBC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板(PLT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン(Hb)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	月日	/	/	/	白血球(WBC)				血小板(PLT)				ヘモグロビン(Hb)			
月日	/	/	/																				
白血球(WBC)																							
血小板(PLT)																							
ヘモグロビン(Hb)																							
検査	骨髄検査があります 週に3回程度、血液検査があります 体重測定をしていただきます(治療中) また、尿をびんにためていただきます(治療中) 尿量が少なくなったり、むくみがある時は、看護師にお知らせ下さい																						
活動・安静度	クリーンベッド内またはクリーンエリア内																						
食事	食欲や好みに合わせ、食事内容を変更することが出来ます 白血球が減ったときは、治療食(生もの禁止食)へ変更します																						
清潔	身体がきついときは、看護師が身体拭きをお手伝いします 体調の良いときは、シャワー浴できます うがいは、起床時・各食後、眠前に毎日行いましょう 口内炎の予防にはうがい、歯磨きが重要です						何か気になることがあれば、この枠の中に記入して下さい																
排泄	排便後は必ずウォシュレットを使用しましょう																						
患者様及びご家族への説明 リハビリ 栄養指導	<input type="checkbox"/> 輸血同意書 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル同意書 <input type="checkbox"/> 治療説明同意書																						
チェック項目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目																
うがい																							
吐き気	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																
だるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																
皮疹	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																
口内炎																							
体重	朝食前 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg																
	夕食前 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg																
食事	朝																						
	昼																						
	夕																						
痛みの程度	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4																
排便	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																

注1 病名等は、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従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

注3 入院費の目安は30日間で90万程度です。入院費に関するご心配がありましたらお早めに医療福祉相談室にご相談ください。