

ID: 患者氏名: 様

	入院当日	放射線治療期間		退院日
月日	月 日	月 日 ～ 月 日		月 日
達成目標	治療の内容を理解し、受け入れることができる。	照射による副作用が最小限で、休止なく治療ができる。		照射後の生活を理解し、退院できる
治療内容		放射線治療は____回です。（治療は月～金の週5日、土、日、祝祭日、点検日は休みです）。 時 分に治療予定です。		
出現しうる症状		* 頭痛が出現することがあります。 * 食欲不振、嘔気が出ることがあります。 * 神経症状(しびれ・麻痺・けいれん)が出ることがあります。 症状が強くなる場合は医師・看護師にご相談ください。		
説明・指導	[医師] 治療内容に関して疑問点などありましたら、申し出てください。 再度説明を行います。 [看護師] 入院生活について説明をします。 	脳転移に対して、ピンポイント照射（定位放射線治療）を行います。 病変の大きさ、個数に応じて、放射線治療の回数が決まります。	放射線治療終了後に副作用がなければ、翌日から退院可能です。 （退院希望日をお知らせください。）	看護師より退院時に説明があります。
検査	入院時に身長・体重を測定します。 毎日脈拍・血圧・体温測定を行います。 			
内服・注射	内服中の薬を確認し、必要があれば継続します。 	脳のむくみを抑える点滴を、放射線治療後と、その翌朝に行います。		
生活・行動	からだの状態に合わせて制限することがありますので、その際はご協力ください。			
清潔	シャワー浴が可能です。			
食事	食べられない食品がありましたら教えてください。 食欲や胃腸の調子に応じて、食事内容・形態を変えることができますので、看護師にお申し出下さい。			
その他	外出の際は医師の許可が必要です。事前にご相談ください。 主治医による朝の回診があります。気になる点などありましたら、医師や看護師にいつでもご相談ください。			

注) 予定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があります。