






ID: _____ 患者氏名: _____ さん

月日	入院当日 月 日	放射線治療期間 月 日 ~ 月 日		退院日 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		<ul style="list-style-type: none"> * 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)が出現することがあります。 		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、その際にご協力ください。		
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ので、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。