

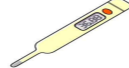





ID: _____ 患者氏名: _____ さん

月日	入院当日、治療準備期間 月 日	放射線治療期間 月 日 ~ 月 日 (約4-5週間)		退院前日、退院日 月 日以降
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"> * 頻尿・残尿感が出現することがあります。 * 排尿の勢いが低下したり、排尿時に痛みが出ることがあります。 * 肛門部がひりひりしたり、排便時に出血したりすることがあります。 		治療中は症状が続きます。 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。 	治療1時間前に排尿し、その後300ml飲水して頂きます。 照射終了までは排尿しない様をお願いします。 * 膀胱内の蓄尿量や排尿症状に応じて水分量と蓄尿時間は適宜調整します。	特に副作用がなければ、放射線治療終了後退院可能です。 (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。 週一回、体重測定を行います。	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。 	放射線治療を正確に行うために、排ガス・排便を整えるための薬を内服していただきます。普段から便秘がちな方はお申し出下さい。 必要に応じて、白血球の減少を抑える注射を週2回(火曜日・金曜日)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。皮膚マーキングは水をかけても簡単には消えませんが、石鹸でこすらないでください。(消えそうな場合は病棟の看護師に連絡してください。)			
食事	食べられない食品がありましたら教えてください。通常食事の制限はありませんが、排ガス・排便が落ち着かない場合は食事内容を変更します。 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・外泊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。また、外泊は1泊を基本としておりますのでご協力をお願いします。 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。