

# 入院診療計画書

傷病：Ewing肉腫 症状：

治療：エンドキサン/オンコピン/アドリアシン/コスメゲン療法  
( )コース目

西・東病棟 階 A・B 号室

氏名 様

	入院当日(治療前)		治療の期間		退院日(治療終了後)		
	月	日	月	日(日間)	月	日	
目標	治療の経過が分かる		予定どおり治療が終了する		副作用への対処法を理解し実行できる		
説明・指導	入院生活について説明します。 腎機能検査のため、尿をためる方法について説明します。 予測される副作用および予防法・出現時の対処方法について説明があります。薬剤師からの薬の説明があります。		点滴中、針の入っているところが痛くなったり、腫れたり、重苦しくなったら、すぐに教えて下さい。 <b>こまめに水分補給をしてください。</b>		退院指導を行います(生活指導や次回外来再診日の連絡)		
治療処置点滴	身長・体重を測定します。  		スケジュール(1日目)		抗がん剤の主な副作用 発症時期による症状と対処方法について、以下のものがあげられます。  <b>【投与から1～2日後】</b> 便秘症 → 便秘薬(緩下剤)の内服 吐き気・嘔吐・食欲不振などの消化器症状 → 吐き気止めの注射 出血性膀胱炎 → ウロミテキサンの注射 <b>【投与から数日間経過してから】</b> 口内炎 → うがいや抗炎症薬の軟膏を塗布 貧血 → 輸血(頻度は稀です) 血小板減少 → 血小板輸血(頻度は稀です) 出血性膀胱炎 → ウロミテキサンの注射 <b>【投与から1～2週間経過してから】</b> 神経障害 → 治療中止後、1～3ヶ月で改善します 白血球減少 → G-CSF製剤(白血球を増やす薬)を注射 脱毛 → かつらやバンダナなどを使用 味覚の変化 → 味付けの工夫、うがいの励行		
			①	30分			グラニセトロンとデキサート(ステロイド)という吐き気止めを行います。
			②	30分			アドリアシン(抗がん剤)を点滴します。
			③	30分			コスメゲン(抗がん剤)を点滴します。
			④	5分			オンコピン(抗がん剤)を点滴します。
			スケジュール(2日目)				
			①	30分			プロイメドという吐き気止めを行います。
			②	30分			アロキシとデカドロン(ステロイド)という吐き気止めを行います。
			③	30分			アドリアシン(抗がん剤)を点滴します。
			④	2時間			エンドキサン(抗がん剤)を点滴します。
☆点滴はウィーンDという水分補給のための補液を2日目の抗がん剤の投与前から開始します。 その後、5日目の24:00まで継続的に点滴による水分補給を行っていきます。吐き気がひどいときはさらに吐き気止めを追加します。 ☆ <b>エンドキサン</b> の副作用予防(膀胱炎対策)として <b>ウロミテキサン</b> というお薬を1日3回(2日目)静注します。 ☆ <b>アドリアシン</b> 投与後～1日は、尿が赤くなることがありますが、薬の色ですので心配はいりません。☆ <b>オンコピン</b> の投与量が増えると神経障害の出現頻度が高くなります。治療中に指先の刺すような痛みがあるときは、お知らせください。							
内服	現在飲んでいる内服薬の確認をします。 内服薬は基本的に継続内服とします。				症状に応じて内服薬が処方される可能性があります(吐き気止めや便秘薬など)。		
検査	化学療法に必要な検査を行います。(血液検査、尿検査)	 24時間尿をためていただき、尿量を測定して腎機能検査を行います。体調に応じて血液検査を行います。		 体調に応じて血液検査をすることがあります。			
食事	基礎疾患(糖尿病・高血圧など)に応じて、治療食が出ます。	食事の制限は特にありません。水分を取るように心掛けて下さい。吐き気のために食べられないときには、食事の変更ができますので相談ください。症状にあわせて食事内容を変更することがあります。					
生活・行動	特に行動制限はありません。	特に食事や行動の制限はありません。 治療後は、白血球数が減少すると抵抗力が弱くなるため、人混みは避け、うがい・手洗いをしっかりと行い感染に注意してください。血液データに応じて食事や行動の制限がある場合があります。					
清潔	シャワー浴、または入浴ができます。						
その他	熱が出た場合や検査データに異常のある場合は、化学療法を延期することもあります。	他に気になる症状がありましたら、申し出てください。		 ☆1コース21日で以下の予定で行います  この治療を数回繰り返します。治療の内容は変更になることがあります。			

特別な栄養管理の必要性 有・無

年 月 日 医師名

在宅復帰支援計画 無・有( )

担当以外の担当者

総合的な機能評価 無・有( )

在宅復帰支援担当者

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したがって変わることがあります。

本人・家族署名

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

岩手医科大学附属病院 整形外科

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。