

# 入院診療計画書

傷病：骨軟部肉腫 症状：

氏名

様

治療：アドリアシン/イホマイド療法 ( )コース目

西・東病棟

階 A・B

号室

	入院当日(治療前)	治療の期間	退院日(治療終了後)																								
	月 日	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(1～2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。  【投与から1～2日後】 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 【投与から数日間経過してから】 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 【投与から1～2週間経過してから】 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 2時間 アドリアシン(抗がん剤)を点滴します。 ③ 4時間 イホマイド(抗がん剤)を点滴します。																									
		スケジュール(3～5日目)																									
		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 4時間 イホマイド(抗がん剤)を点滴します。																									
		☆点滴はヴィーンDという水分補給のための補液を1日目抗がん剤の投与前から開始します。その後、7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吐き気止めを追加します。 ☆アドリアシン投与後～1日は、尿が赤くなる場合がありますが、薬の色ですので心配はいりません。 ☆イホマイドの副作用予防(膀胱炎対策)としてウロミテキサンというお薬を1日3回(1～5日目)注射します。																									
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。	1日目はイメンド125mg(吐き気止め)と膀胱炎対策としてダイアモックス錠(利尿剤)を飲みます。 2～5日目はイメンド80mgとダイアモックス錠を飲みます。 6～7日目はダイアモックス錠を飲みます。 現在飲んでいる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いて、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。	特に食事や行動の制限はありません。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。																								
生活・行動	特に行動制限はありません。 	特に行動制限はありません。 	☆1コース21日で以下の予定で行います <table border="1" data-bbox="2166 1543 2522 1669"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>アドリアシン 30mg/m<sup>2</sup></td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>イホマイド 2000mg/m<sup>2</sup></td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5		21	アドリアシン 30mg/m <sup>2</sup>	●	●						イホマイド 2000mg/m <sup>2</sup>	●	●	●	●			
	1	2	3	4	5		21																				
アドリアシン 30mg/m <sup>2</sup>	●	●																									
イホマイド 2000mg/m <sup>2</sup>	●	●	●	●																							
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。 	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。