

入院診療計画書

氏名

様

傷病名: 食道癌

症状:

西・東病棟 階 A・B 号室

治療法: ドセタキセル/シスプラチン/5-FU (分割DCF)療法

分割DCF

	化学療法開始準備					化学療法					化学療法終了後
	入院日	~4日前	3日前	2日前	前日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目以降
目標	治療の経過がわかる					予定どおりに治療が終了する					順調に回復し、不安なく日常生活をおくることができる
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活について説明します 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・出現時の対処法について説明があります 					<ul style="list-style-type: none"> 点滴の入っているところが痛くなったり、腫れたり、重苦しくなった時は教えてください。医師・看護師が診察いたします 副作用が出現した時は教えてください 症状を軽くするための注射や点滴などをいたします 					<ul style="list-style-type: none"> 退院指導をおこないます
治療処置点滴	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法開始準備のため、1日1500mLほどの点滴をします 					<ul style="list-style-type: none"> 〇抗がん剤は、食道癌に効果があるドセタキセルとシスプラチンと5-FUという3種類を使用します 					<ul style="list-style-type: none"> 食欲の回復に応じて点滴を減量します 中心静脈カテーテルを抜去します 副作用が続くときは点滴や注射をします
	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法開始前日までに、肘や鎖骨の下の血管に中心静脈カテーテルを挿入します (処置は10~20分くらいです。カテーテルの部位確認のため、処置後にレントゲン検査があります) 退院日まで、1日1回、体重測定をして下さい (点滴の量が多くなりますので、体重の増加に応じて利尿剤を使うことがあります) 					<p style="text-align: center;">スケジュール</p> <ul style="list-style-type: none"> 朝11時から点滴による抗がん剤治療がはじまります。 1~5日目の5日間、5-FUという抗がん剤を24時間持続的に点滴します。 1日目は ドセタキセルという抗がん剤を併用します。 11時から1時間 シスプラチンという抗がん剤を併用します。 12時から4時間 その他、副作用の予防として、吐き気止め・利尿剤・ステロイド剤などの点滴をします 					
検査	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法開始前に、採血・レントゲン検査があります 					<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて検査をいたします(週1回は定期検査があります) 					
食事内服	<ul style="list-style-type: none"> ふだんどおりの食事でかまいません。食事がとおりづらい方は医師の指示に従って下さい 内服薬の確認をいたします 					<ul style="list-style-type: none"> 化学療法中食欲がないときは無理に食事をとらなくてかまいません。治療が終わると食欲は回復します お薬がのみづらいときは、内服をお休みにしたり、代替りの注射や点滴をします 					<ul style="list-style-type: none"> 食欲が戻りましたら、希望をお申しつけ下さい
生活行動清潔	<ul style="list-style-type: none"> 歩行は自由です 入浴のときは点滴の刺入部をテープで保護します 					<ul style="list-style-type: none"> 化学療法でだるさが強いときは安静にして休みましょう お風呂もつらいときは体をおふきしてします 					<p style="text-align: center;">投与スケジュール</p> <p>1コースを4週間として、以下のスケジュールで2コース行う予定です 15日目に「ドセタキセル」のみ投与します(血液検査の結果、中止する場合があります) 体調に応じて2コース目の開始は前後することがあります 次コースの開始前に効果判定の検査をおこないます</p>
その他症状	<ul style="list-style-type: none"> 入院に付き添いは必要ありませんが、希望されるときはお申しつけ下さい 発熱のある場合は、化学療法を中止・延期いたします 医師・看護師にお話してください 					<ul style="list-style-type: none"> 副作用のひどい時は、抗がん剤を減量したり、化学療法を中止します いつでも医師・看護師に御相談ください 					

注1) 病名などは現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わることがあります

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要でず

特別な栄養管理の必要性 有・無

在宅復帰支援計画 無・有()

岩手医科大学附属病院 外科

年 月 日

医師名

担当以外の担当者

在宅復帰支援担当者

本人家族署名

総合的な機能評価

無 ・ 有 ()