


入院診療計画書

氏名 様

傷病：軟部肉腫 症状：

治療：イホマイド(5日間)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。 水分補給をこまめにしてください。	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。 	<p>スケジュール(1～5日目)</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>30分</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>2時間</td> <td>イホマイド(抗がん剤)を点滴します。</td> </tr> </table> <p>☆点滴はウィンドという水分補給のための補液を1日目の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さらに吐き気止めを追加します。</p> <p>☆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。 </p>	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	イホマイド(抗がん剤)を点滴します。	<p>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。</p> <p>【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 → ウロミテキサンを注射します。</p> <p>【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)</p> <p>【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</p>
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	イホマイド(抗がん剤)を点滴します。							
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。	<p>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。</p>	<p>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)。 </p>						
検査	化学療法に必要な検査を行います(血液検査、尿検査)。 	<p>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。 </p>	<p>体調に応じて血液検査をすることがあります。 </p>						
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。	お食事の制限は特にありません。水分を取るよう心掛けて下さい。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御相談ください。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							
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。 	<p>☆1コース21日以下の予定で行います</p>  <p>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。</p>						

特別な栄養管理の必要性 有・無

在宅復帰支援計画 無・有()

総合的な機能評価 無・有()

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。

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す。

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

年 月 日 岩手医科大学附属病院 整形外科