

# 入院診療計画書

傷病名：( )

症状：( )

氏名 様

治療法：BEP化学療法（プレオ+エトポシド+シスプラチン）【 】コース目

西・東病棟 階 A・B

	入院当日	入院翌日～化学療法前日	化学療法施行日	化学療法開始～退院（通常17日間程度）	退院日																																
	月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日																																
目標	治療の経過が分かる	治療の経過が分かる	予定どおりに治療が終了する	症状出現時には適切な対処が受けられる。	退院時指導の内容が分かる																																
説明・指導	入院生活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。	点滴中針の入っているところが痛くなったり、重苦しくなったり、すぐに教えてください。	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、すぐに教えてください。	体調の変化時はお知らせください。	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		点滴の針を入れ、午後から点滴を行います。 	<p>抗癌剤は、<b>エトポシド</b>、<b>プレオ</b>、<b>シスプラチン</b>という3種類の薬を使用します。</p> <p><b>スケジュール（1日目と3日目～5日目）</b></p> <table border="1"> <tr><td>①</td><td>30分</td><td>クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。</td></tr> <tr><td>②</td><td>4時間</td><td>ラスデットという抗癌剤を点滴します。</td></tr> <tr><td>③</td><td>3時間</td><td>シスプラチンという抗癌剤を点滴します。</td></tr> </table> <p><b>スケジュール（2日目）</b></p> <table border="1"> <tr><td>①</td><td>30分</td><td>クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。</td></tr> <tr><td>②</td><td>4時間</td><td>エトポシドという抗癌剤を点滴します。</td></tr> <tr><td>③</td><td>1時間</td><td>プレオという抗癌剤を点滴します。</td></tr> <tr><td>④</td><td>3時間</td><td>シスプラチンという抗癌剤を点滴します。</td></tr> </table> <p><b>スケジュール（9日目、16日目）</b></p> <table border="1"> <tr><td>①</td><td>1時間</td><td>プレオという抗癌剤を点滴します。</td></tr> </table> <p>尿量が少ない場合は、利尿剤の投与を行います。吐き気が強い場合は、すぐに教えてください。症状により点滴や注射をして症状の改善を図ります。</p>	①	30分	クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。	②	4時間	ラスデットという抗癌剤を点滴します。	③	3時間	シスプラチンという抗癌剤を点滴します。	①	30分	クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。	②	4時間	エトポシドという抗癌剤を点滴します。	③	1時間	プレオという抗癌剤を点滴します。	④	3時間	シスプラチンという抗癌剤を点滴します。	①	1時間	プレオという抗癌剤を点滴します。	<p>《抗癌剤の主な副作用について》</p> <p>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><b>【投与直後から数時間】</b></p> <p>発疹・発赤・顔のほてり・かゆみなどのアレルギー症状 → 抗アレルギー剤投与</p> <p><b>【投与から1～2日後】</b></p> <p>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、内服薬の投与</p> <p>体重増加・むくみ → 利尿剤の投与</p> <p><b>【投与から数日間経過してから】</b></p> <p>白血球減少 → G-CSF製剤（白血球を増やす薬）を注射</p> <p>貧血 → 輸血（必要時）</p> <p>血小板減少 → 血小板輸血（必要時）</p> <p><b>【投与から1～2週間が経過してから】</b></p> <p>息切れ・息苦しさ → 胸部X線検査</p> <p>脱毛 → かつらやバンダナなどを使用</p> <p>味覚の変化 → 味付けの工夫、うがいや亜鉛製剤の内服</p>									
①	30分	クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。																																			
②	4時間	ラスデットという抗癌剤を点滴します。																																			
③	3時間	シスプラチンという抗癌剤を点滴します。																																			
①	30分	クラーゼドロンとデキサードという吐き気止めの点滴をします。																																			
②	4時間	エトポシドという抗癌剤を点滴します。																																			
③	1時間	プレオという抗癌剤を点滴します。																																			
④	3時間	シスプラチンという抗癌剤を点滴します。																																			
①	1時間	プレオという抗癌剤を点滴します。																																			
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。																																				
検査	血液検査は外来で済んでいます。必要に応じて再検査を行う場合があります。			採血をして、骨髄抑制(白血球減少、貧血、血小板減少)の有無を確認します。  白血球減少が認められた場合は、G-CSF製剤(白血球を増加させる薬)を注射します。	採血をして、骨髄抑制(白血球減少、貧血、血小板減少)の有無を確認します。骨髄抑制が許容範囲内であれば退院となります。  白血球減少が認められた場合は、G-CSF製剤(白血球を増加させる薬)を注射し、退院が延期となることがあります。																																
食事	基礎疾患（糖尿病・高血圧など）に応じて、治療食をお出しすることもあります。		吐き気がでることがあります。食事内容を変更したいときはお申し出ください。																																		
生活・行動	病棟内を自由に歩いてかまいません。		特に行動制限はありません。		退院手続きが完了するまで、病室でおまちください。																																
清潔	シャワーができます。		点滴中以外は、シャワー浴または入浴ができます。		退院後は特に制限はありませんが、抵抗力が弱っていますので風邪予防が必要です。																																
その他	入院後に減が出た場合は、化学療法を延期していったん退院していただくこともあります。入院に、付き添いは必要ありません。		抗癌剤点滴開始初期（特に10分以内）に発疹や顔が赤くなってほてるなどのアレルギー症状が現れることがあります。ほとんどは一時的なものでおさまりますが、症状が出現した場合は申し出て下さい。		<p>◎1コースを21日間として、以下のスケジュールで合計__コース行う予定です。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1日目</td> <td>2日</td> <td>3日目</td> <td>4日目</td> <td>5日目</td> <td>9日目</td> <td>16日目</td> </tr> <tr> <td>エトポシド</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>シスプラチン</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プレオ</td> <td></td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> </table>		1日目	2日	3日目	4日目	5日目	9日目	16日目	エトポシド	●	●	●	●	●			シスプラチン	●	●	●	●	●			プレオ		●				●	●
	1日目	2日	3日目	4日目	5日目	9日目	16日目																														
エトポシド	●	●	●	●	●																																
シスプラチン	●	●	●	●	●																																
プレオ		●				●	●																														

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。

年 月 日

岩手医科大学附属病院 泌尿器科

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 \_\_\_\_\_