

入院診療計画書

疾患名: 転移性脳腫瘍

症状:

治療法: 脳定位放射線治療(1泊2日)

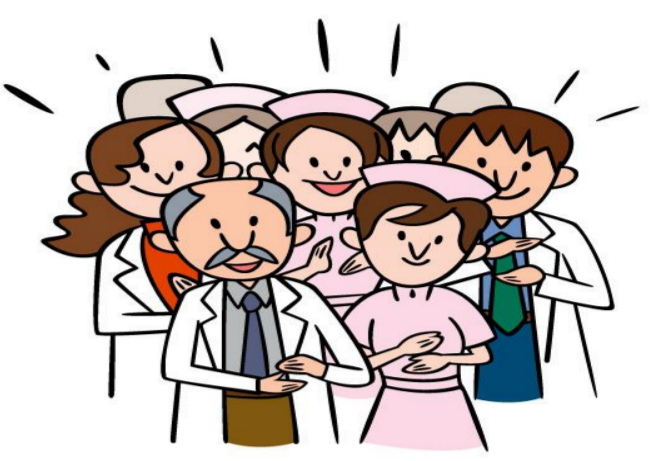
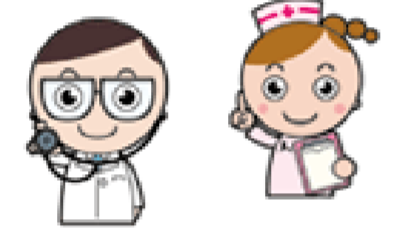
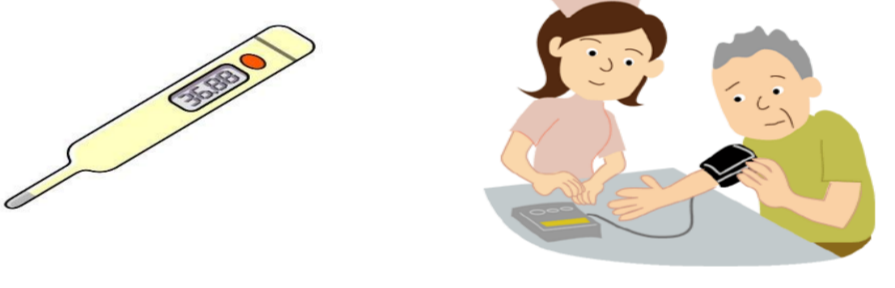


西・東病棟

階 A・B

号室

患者氏名

様

月日	入院当日 月 日		退院日 月 日
達成目標	治療の内容を理解し、受け入れることができる。	照射による副作用が最小限で、休止なく治療ができる。	
治療内容		放射線治療は1回です。 時分に救急センターの玄関からPETセンターへ出発します。行き帰りは病院専用のバスがでます。 	
出現しうる症状	<ul style="list-style-type: none"> * 頭痛が出現することがあります。 * 食欲不振、嘔気が出ることがあります。 * 神経症状(しびれ・麻痺・けいれん)が出現することがあります。 症状が強くなる場合は医師・看護師にご相談ください。		
説明・指導	[医師] 治療内容に関して疑問点などありましたら、申し出てください。再度説明を行います。 [看護師] 入院生活について説明をします。 	脳転移に対して、ピンポイント照射(定位放射線治療)を行います。	放射線治療終了後に副作用がなければ、翌日から退院可能です。 (退院希望日をお知らせください。)
検査	入院時に身長・体重を測定します。 入院時、治療終了後、翌日に脈拍・血圧・体温測定を行います。 		
内服・注射	内服中の薬を確認し、必要があれば継続します。 	脳のむくみを抑える点滴を、放射線治療後とその翌朝に行います。	
生活・行動	からだの状態に合わせて制限することがありますので、その際にご協力ください。		
清潔	シャワー浴が可能です。(男性:月、水、金曜日、 女性:火、木、土曜日) 		
食事	食べられない食品がありましたら教えてください。 食欲や胃腸の調子に応じて、食事内容・形態を変えることができますので、看護師にお申し出下さい。		
その他	外出の際は医師の許可が必要ですので、事前にご相談ください。 主治医による朝の回診があります。気になる点などありましたら、医師や看護師にいつでもご相談ください。		

特別な栄養管理の必要性 有・無

20 年 月 日

在宅復帰支援計画 無・有()

医師名 在宅復帰支援担当者

総合的な機能評価 無・有()

担当者以外の担当者 本人・家族

注)入院期間については、現時点で予測されるものです。

注)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)原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。