

化学療法を受けられる患者様へ (Pola-R-CHP療法)

主治医 _____
 担当看護師 _____

患者氏名 _____

	入院日	2日目	3日目	4日目(退院日)
日付	(/)	(/)	(/)	(/)
検温	検温を行います (6時・10時・14時・17時)	検温を行います (6時・10時・14時・17時) 化学療法中は適宜検温をします		検温を行います (6時・10時・14時・17時)
点滴	場合によっては入院日より点滴が始まります	ポライビー、ドキシソルビシン、エンドキサンの 投与を行いません 投与中は心電図モニターを装着します	リツキシマブの投与を行います 投与中は心電図モニターを装着します	白血球を上げる注射を打ちます
内服薬	今飲んでいるお薬を 確認します	化学療法開始時にアセトアミノフェンの 内服があります	ステロイドの内服があります(5日間)	
採血	採血があります	適宜採血があります		
検査	入院時検査があります	適宜検査が入る場合があります		
栄養	免疫不全食を摂取して頂きます 病院食以外の摂取は基本的に禁止です。間食の希望がありましたら医師または看護師へお申し出下さい。 食欲不振や嘔気により食事が摂取できない時にはお申し出下さい。栄養士と食事の相談が出来ます。			
安静度	制限はありません	化学療法中は出来るだけベッドで過ごして下さい		制限はありません
清潔	シャワーに入れます	化学療法中はシャワーには入れません		自宅でシャワーに お入り下さい
	シャワー日 男性:月水金 女性:火木土 男女:日 ・シャワー日以外は清拭タオルをお持ちします			
説明	入院中の過ごし方について説明します	アレルギー症状が出る可能性があります 気になる症状がありましたら看護師へお申し出下さい		退院になります