

ID	患者氏名	様
----	------	---

## ルタテラ治療を受けられる方へ【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	年 月 日	月 日	月 日	
経過	入院(1日目)	治療当日(2日目)		退院日(3日目)
達成目標	<input type="checkbox"/> 治療について理解できる <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりない	<input type="checkbox"/> 治療前の身体準備ができる <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりない	<input type="checkbox"/> 嘔気や倦怠感等の副作用の出現がない <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりない	<input type="checkbox"/> 嘔気や倦怠感等の副作用の出現がない <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりない
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 心電図・胸部レントゲン・採血をさせていただきます <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります 	<input type="checkbox"/> ルタテラ治療中は心電図モニターを装着します <input type="checkbox"/> 退室後SPECT/CTを行います <input type="checkbox"/> 外来または病棟でSPECT/CTの結果説明があります	<input type="checkbox"/> 外来または病棟でSPECT/CTの結果説明があります
内服薬 注射	<input type="checkbox"/> 医師・薬剤師・看護師が持参されたお薬を確認します <input type="checkbox"/> 医師に確認し服用するお薬をお伝えします  	<input type="checkbox"/> 点滴を入れて制吐剤の点滴を投与します <input type="checkbox"/> 指示した内服のみ服用してください 	<input type="checkbox"/> ルタテラ治療を行います <input type="checkbox"/> 点滴投与後抜針します 	
活動 安静度	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 独歩で治療室に移動します	<input type="checkbox"/> 治療室内では制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食 	<input type="checkbox"/> 常食または治療食(持参した軽食でも可能)	<input type="checkbox"/> 常食または治療食
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> 退室時に下着は着替えます	<input type="checkbox"/> シャワー
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ歩行	<input type="checkbox"/> トイレ歩行	<input type="checkbox"/> 治療室内にトイレ歩行	<input type="checkbox"/> トイレ歩行
指導 説明 書類	<input type="checkbox"/> 医師より入院説明 <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 医師より治療の説明 <input type="checkbox"/> 同意書・説明書の確認 <input type="checkbox"/> 治療の準備物の説明 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 患者用パス・入院診療計画書の説明 		<input type="checkbox"/> 嘔気や倦怠感等の副作用の出現がない <input type="checkbox"/> 画像検査で著変がない  <input type="checkbox"/> 定期的な外来受診 <input type="checkbox"/> 吐き気や倦怠感による食欲不振等の副作用で相談があれば <input type="checkbox"/> 外来へご連絡し、受診してください  <input type="checkbox"/> 副作用が出現した際の指導  <input type="checkbox"/> 吐き気や食欲不振等の副作用の出現に注意し、相談があれば <input type="checkbox"/> 外来へ受診してください  <input type="checkbox"/> 徳島大学病院:088-631-3111 <input type="checkbox"/> 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください <input type="checkbox"/> 放射線科外来:088-633-9284  	<input type="checkbox"/> 嘔気や倦怠感等の副作用の出現がない <input type="checkbox"/> 画像検査で著変がない  <input type="checkbox"/> 定期的な外来受診 <input type="checkbox"/> 吐き気や倦怠感による食欲不振等の副作用で相談があれば <input type="checkbox"/> 外来へご連絡し、受診してください  <input type="checkbox"/> 副作用が出現した際の指導  <input type="checkbox"/> 吐き気や食欲不振等の副作用の出現に注意し、相談があれば <input type="checkbox"/> 外来へ受診してください  <input type="checkbox"/> 徳島大学病院:088-631-3111 <input type="checkbox"/> 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください <input type="checkbox"/> 放射線科外来:088-633-9284
リハビリ ・その他				