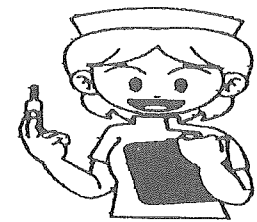


毎日、自分の体を観察しましょう

日付	食事はどのくらい食べましたか？			1日何回、排泄していますか？		体重に動機はありますか？	何か、気づいた事は、ありませんか？
	朝	昼	夕	尿	便		
例 〇月△日	10	5	10/5	正		54.5 kg	便秘かな？
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	
月 日						kg	



記入用紙がなくなりそうになったら、声をかけてくださいね。

今日は 投与 日目です。

排便の変化を観察して行きましょう

- 1) 排便があったときは、排便があった時刻に沿って、便の固さ、柔らかさ、そして量を自分で判断して該当するところに○をつけて下さいね。
- 2) もしも自分で判断できないようなときは、ナースを呼んで観察してもらいましょう。
- 3) 排便の回数がいつもより増えたり、便がいつもより柔らかくなってきたら、夜中でも直ちに教えて下さいね。

ナースやドクターと一緒に頑張りましょうね！

時刻	便の固さ、やわらかさ					便の量			腹痛はありますか？ はい・いいえ	その他、便の色 など、気づいた点 を書いて下さい。
	固い	普通	軟らかい	泥状	水様	多い	普通	少ない		
5	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
6	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
7	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
8	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
9	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
10	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
11	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
12	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
13	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
14	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
15	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
16	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
17	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
18	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
19	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
20	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
21	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
22	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
23	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
0	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
1	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
2	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
3	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
4	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	
5	5	4	3	2	1	3	2	1	はい・いいえ	

登録
番号

氏名

患者氏名

生年月日
性別

肺がんのクリニカルパス
(カルボプラチンD1+タキソールD1)
(No.06-)

実施期間 月 日～ 月 日

患者氏名

病名

合併症

既往歴

アレルギー [有 ・ 無]

主治医

プライマリナース

その他

肺がんのクリニカルパス

治療法:カルボプラチン

mg(AUC=6)D1 + タキソール mg(200mg/m²)D1

ID No.

患者氏名: _____ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積	m ²		

	入院～化学療法前々日まで	Day-1	Day1	Day2
月日	入院日: 月 日 (/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
成果目標	・治療、副作用について理解できる		・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる	
	・医療者に不安の表出ができる			
点滴			・点滴中の注意点について理解、協力ができる	
		<input type="checkbox"/> 注射箋の記入 <input type="checkbox"/> 薬局へ提出 <input type="checkbox"/> 薬剤の確認と冷所保存	<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与量はDr、Nsで確認 <input type="checkbox"/> タキソール mg(3時間) (<input type="checkbox"/> フィルター付専用ルート使用) <input type="checkbox"/> カルボプラチン mg(90分)	
処置			<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 刺入部のチェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック
内服		<input type="checkbox"/> 内服薬の確認	<input type="checkbox"/> レスタミンコーワ50mg Dr指示があってから与薬する	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1
検査	<input type="checkbox"/> staging work-upの確認 <input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 凝固 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血液ガス <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 24hCcr			
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検 <input type="checkbox"/> 身長測定 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検	→	<input type="checkbox"/> 血圧4検 <input type="checkbox"/> 点滴開始時よりECGモニタリング <input type="checkbox"/> タキソールは最初の20分間はゆっくり 滴下し、5分毎に血圧測定 <input type="checkbox"/> 過敏反応の観察・対応 <input type="checkbox"/> 点滴終了後ECGモニタリング中止 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検	→ <input type="checkbox"/> 血圧2検
栄養	制限なし → <input type="checkbox"/> 体重測定	→	<input type="checkbox"/> 朝半分 <input type="checkbox"/> 昼禁食 <input type="checkbox"/> 夕制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	制限なし
排泄	<input type="checkbox"/> 蓄尿(24hCcr) <input type="checkbox"/> 排便状況確認 前々日の状況で眼前にプルゼニド2T与薬			
清潔	制限なし	→ <input type="checkbox"/> 入浴声かけ	<input type="checkbox"/> 入浴なし	制限なし
有害事象	PS			
	悪心			
	嘔吐			
	食欲不振			
	下痢			
	便秘			
	脱毛			
	発熱			
	呼吸困難			
	感染			
	しびれ			
	倦怠感			
	白血球減少			
	好中球減少			
貧血				
血小板減少				
教育・指導	<input type="checkbox"/> 入院治療計画書 (化学療法承諾書) <input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション (クリニカルパス、パンフレット使用) <input type="checkbox"/> 検査、蓄尿オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 化学療法 オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 食事制限の再確認 <input type="checkbox"/> 点滴中の注意点 (刺入部の異常、歩行時) <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐時の対応説明 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応説明	<input type="checkbox"/> 筋肉痛、関節痛に 注意、対応
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン				

	Day3	Day4	Day5	Day6	Day7
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
成果目標	・医療者に不安の表出ができる ・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる				
点滴					
処置					
内服	□カイトリル2T/2x1	□カイトリル2T/2x1	□カイトリル2T/2x1		
検査					
呼吸・循環・体温	□体温、脈拍、呼吸 4検 □血圧1検				
栄養	制限なし、食べられる物をすすめる				
排泄					
清潔	制限なし				
有害事象	PS				
	悪心				
	嘔吐				
	食欲不振				
	下痢				
	便秘				
	脱毛				
	発熱				
	呼吸困難				
	感染				
	しびれ				
	倦怠感				
	白血球減少				
	好中球減少				
貧血					
血小板減少					
教育・指導	□筋肉痛、関節痛に注意、対応				
パリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン					

肺がんのクリニカルパス

治療法:カルボプラチン

mg(AUC=6)D1 + タキソール mg(200mg/m²)D1

ID No.

身長

cm

体重

kg

患者氏名:

さま

体表面積

m²

	Day8	Day9	Day10	Day11	Day12	Day13	Day14	
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
成果目標	・医療者に不安の表出ができる ・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる ・骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる ・脱毛について理解でき、対処方法がわかる							
点滴								
処置								
内服								
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 抗生剤 テスト		<input type="checkbox"/> 末血				
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検							
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm ³ になったら生ものは避けるように説明						
排泄								
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm ³ またはPLT<2万/mm ³ になったらシャワーのみ可						
有害事象	PS							
	悪心							
	嘔吐							
	食欲不振							
	下痢							
	便秘							
	脱毛							
	発熱							
	呼吸困難							
	感染							
	しびれ							
	倦怠感							
	白血球減少							
	好中球減少							
貧血								
血小板減少								
教育・指導	<input type="checkbox"/> 筋肉痛、関節痛 に注意、対応 <input type="checkbox"/> 血液データに合 わせて骨髄抑制時の 注意点を確認する			<input type="checkbox"/> 脱毛について指導 洗髪方法、頭皮の保護、 抜け毛の処理方法				<input type="checkbox"/> 血液データに合 わせて骨髄抑制時の 注意点を確認する
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	
Nsサイン								

	Day15	Day16	Day17	Day18	Day19	Day20	Day21	次コース開始	
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
成果目標	<input type="checkbox"/> 医療者に不安の表出ができる <input type="checkbox"/> 骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる <input type="checkbox"/> 脱毛について理解でき、対処方法がわかる				<input type="checkbox"/> 有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる				
点滴									
処置									
内服									
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿				<input type="checkbox"/> 末血			<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿	
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検								
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm ³ になったら生ものは避けるように説明						<input type="checkbox"/> 体重測定	
排泄									
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm ³ またはPLT<2万/mm ³ になったらシャワーのみ可							
有害事象	PS								
	悪心								
	嘔吐								
	食欲不振								
	下痢								
	便秘								
	脱毛								
	発熱								
	呼吸困難								
	感染								
	しびれ								
	倦怠感								
	白血球減少								
	好中球減少								
貧血									
血小板減少									
教育・指導	<input type="checkbox"/> 退院の場合外来受診日、今後の方針について説明 <input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する				<input type="checkbox"/> 末梢神経障害に注意(2コース目以降) <input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する	<input type="checkbox"/> コースの振り返り、次コースのオリエンテーション		<input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション	
バリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	
Nsサイン									

抗がん剤治療を受けられる		さまへ 治療法 カルボプラチン+タキソール 主治医:斎藤 プライマリーナース:成瀬								県立愛知病院呼吸器内科 6階病棟看護スタッフ		
月日	入院～治療前 (/ ~ /)	1日 (/)	2日 (/)	3日 (/)	4日 (/)	5日 (/)	6～8日 (/ ~ /)	9～10日 (/ ~ /)	11～16日 (/ ~ /)	17～21日 (/ ~ /)	22日 次回治療 開始予定	
治療と処置	<ul style="list-style-type: none"> ●内服薬の確認をします いつも飲まれているお薬をナースにお見せ下さい ●アレルギー体質の方は事前にお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤の点滴を行ないます 医師が点滴針を入れます ●抗がん剤はカルボプラチンとタキソールで、点滴は全部で6本で、約5.5時間かかります ●抗がん剤が終了したら点滴針は抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> ●吐き気止めの薬を朝・夕食後にお持ちしますので、内服して下さい 						<ul style="list-style-type: none"> ●抗生剤のテストを医師がします 			
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・血液、尿、腎機能 ・心電図、肺機能 ・胸のレントゲン ・動脈血採血(医師) 				<ul style="list-style-type: none"> ●血液検査 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液、尿検査、胸のレントゲンがあります 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液検査があります 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液、尿検査、胸のレントゲンがあります 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液検査があります 			
食事	<ul style="list-style-type: none"> ●食事制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ●食欲のない時は食べやすいものや水分を多く取りましょう 										
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ●腎機能検査のために尿をすべて貯めて下さい(日時～日時) ●排便の回数、性状を注意深く観察して下さい 											
体重	<ul style="list-style-type: none"> ●測定しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●1週間に1回は測定しましょう 										
注意点(副作用)	<ul style="list-style-type: none"> ●下痢、便秘に注意しましょう ●治療前々日に排便がないときは下剤を内服しましょう ●治療前日に入浴・洗髪をしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●点滴中は安静を守りましょう ●こんな時はナースコールを押して下さい <ul style="list-style-type: none"> ・点滴針が入っている所が痛い ・点滴がなくなった、 ・点滴が止まってしまった ・いつもより咳が増えた ・点滴中にトイレへ行きたいとき 			<ul style="list-style-type: none"> ●筋肉痛、関節痛、手先足先のしびれやぴりぴりした感じが出ることがあります。 ナースと相談し薬を飲みましょう。 			<ul style="list-style-type: none"> ●白血球と血小板の値が減少する時期です。 ●よく手を洗い、うがいを行ってください。 ●生ものを避けてください。 ●排便後はシャワートイレを使って下さい。 ●はさみやひげそりの使用はおやめください。 				
説明	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医がご本人、ご家族の方へ治療についての説明をします。都合のよい日時を教えてください ●ナースが入院中の生活と抗がん剤治療についての説明をします ●腎機能検査について説明します 	<ul style="list-style-type: none"> ●吐き気が出ることがあります。気持ち悪いときや吐いたときはナースにお伝えください 										
										<ul style="list-style-type: none"> ●脱毛が見られる方もみえます 		
										<ul style="list-style-type: none"> ●今回の治療の振り返りと次回の治療について説明します 		

※入院・治療に関して心配事がありましたら、お申し出ください。
この表はおおよその経過を示したものです。種々の都合により、予定通りにできないこともありますので、あらかじめご了承下さい

登録
番号

氏名

患者氏名

生年月日
性別

肺がんのクリニカルパス
(シスプラチンD1+ナベルビンD1, 8)
(No.06-)

実施期間 月 日 ~ 月 日

患者氏名

病名

合併症

既往歴

アレルギー [有 ・ 無]

主治医

プライマリナース

その他

肺がんのクリニカルパス

治療法: シスプラチン mg()

mg/m² D1+ ナベルピン mg() mg/m² D1、D8

ID No. _____

患者氏名: _____ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積		m ²	

	入院～化学療法前々日まで	Day-1	Day1	Day2	Day3
月日	入院日: 月 日 (/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
成果目標	・治療、副作用について理解できる		・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる		
	・医療者に不安の表出ができる				
点滴		<input type="checkbox"/> 注射箋の記入 <input type="checkbox"/> 薬局へ提出 <input type="checkbox"/> 薬剤の確認 と冷所保存	<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与量はDr、Nsで確認 <input type="checkbox"/> ナベルピン mg(6～10分) <input type="checkbox"/> シスプラチン mg(2時間)		
	処置		<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 刺入部のチェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック	
内服		<input type="checkbox"/> 内服薬確認		<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1
検査	<input type="checkbox"/> staging work-upの確認 <input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 凝固 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血液ガス <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 24hCcr		<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 胸X-P <input type="checkbox"/> 検尿		
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検 <input type="checkbox"/> 身長測定 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検		<input type="checkbox"/> 血圧4検 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検	<input type="checkbox"/> 血圧2検	<input type="checkbox"/> 血圧1検
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定		<input type="checkbox"/> 朝半分 <input type="checkbox"/> 昼禁食 <input type="checkbox"/> 夕制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	制限なし、食べられる物をすすめる <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 体重測定
排泄	<input type="checkbox"/> 蓄尿(24hCcr) <input type="checkbox"/> 排便状況確認 前々日の状況で眼前にプルゼニドと薬		<input type="checkbox"/> 蓄尿(3時間チェック) <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 15° <input type="checkbox"/> 18° <input type="checkbox"/> 21°	<input type="checkbox"/> 0° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12°	<input type="checkbox"/> 蓄尿
	便の回数、量、性状 腹部膨満感 腸蠕動				
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> 入浴声かけ	<input type="checkbox"/> 入浴なし	制限なし	
有害事象	PS				
	悪心				
	嘔吐				
	食欲不振				
	下痢				
	便秘				
	脱毛				
	発熱				
	呼吸困難				
	感染				
	しびれ				
	倦怠感				
	白血球減少				
好中球減少					
貧血					
血小板減少					
教育・指導	<input type="checkbox"/> 入院治療計画書 (化学療法承諾書) <input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション (クリニカルパス、パンフレット使用) <input type="checkbox"/> 検査、蓄尿オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 化学療法 オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 蓄尿、食事制限の再確認 <input type="checkbox"/> 点滴中の注意点 (刺入部の異常、歩行時) <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐時の対応説明 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応説明		
バリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン					

	Day4	Day5	Day6	Day7
月日	(/)	(/)	(/)	(/)
成果目標	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ・医療者に不安の表出ができる ・有害事象のでき申し出ができ、苦痛が最小限となる </div>			
点滴				<input type="checkbox"/> 注射箋の記入 <input type="checkbox"/> 薬局へ提出 <input type="checkbox"/> 薬剤の確認と冷所保存
処置				
内服	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1		
検査	<input type="checkbox"/> 末血			
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検			
栄養	制限なし、食べられる物をすすめる			
排泄	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿
	便の回数、量、性状			
	腹部膨満感			
	腸蠕動			
清潔	制限なし			<input type="checkbox"/> 入浴声かけ
有害事象	PS			
	悪心			
	嘔吐			
	食欲不振			
	下痢			
	便秘			
	脱毛			
	発熱			
	呼吸困難			
	感染			
	しびれ			
	倦怠感			
	白血球減少			
	好中球減少			
貧血				
血小板減少				
教育・指導				<input type="checkbox"/> 化学療法 再オリエンテーション
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン				

肺がんのクリニカルパス

治療法: シスプラチン mg() mg/m² D1 + ナベルピン mg() mg/m² D1, D8

ID No. _____

患者氏名: _____ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積		m ²	

	Day8	Day9	Day10	Day11	Day12	Day13	Day14
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
成果目標	・医療者に不安の表出ができる ・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる ・点滴中の注意点について理解、協力ができる ・骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる						
点滴	<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与量はDr, Nsで確認 <input type="checkbox"/> ナベルピン mg(6~10分)						
処置	<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 刺入部チェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去						
内服							
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿			<input type="checkbox"/> 末血			
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧4検		<input type="checkbox"/> 血圧2検	<input type="checkbox"/> 血圧1検			
栄養	制限なし		<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3になったら生ものは避けるように説明				
排泄							
	便の回数、量、性状						
	腹部膨満感						
腸蠕動							
清潔	制限なし		<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3またはPLT<2万/mm3になったらシャワーのみ可				
有害事象	PS						
	悪心						
	嘔吐						
	食欲不振						
	下痢						
	便秘						
	脱毛						
	発熱						
	呼吸困難						
	感染						
	しびれ						
	倦怠感						
白血球減少							
好中球減少							
貧血							
血小板減少							
教育・指導	<input type="checkbox"/> 点滴中の注意点 <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐時の対応説明 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応説明 <input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する			<input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する			
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン							

	Day15	Day16	Day17	Day18	Day19	Day20	Day21	次コース開始	
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
成果目標	<input type="checkbox"/> 医療者に不安の表出ができる <input type="checkbox"/> 有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる <input type="checkbox"/> 骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる <input type="checkbox"/> 脱毛について理解でき、対処方法がわかる							<input type="checkbox"/> コースの振り返りができ、次コースの心構えができる	
点滴									
処置									
内服									
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿			<input type="checkbox"/> 末血				<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿	
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検								
栄養	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3になったら生ものは避けるように説明							<input type="checkbox"/> 体重測定
排泄	制限なし								
	便の回数、量、性状								
	腹部膨満感 腸蠕動								
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3またはPLT<2万/mm3になったらシャワーのみ可							
有害事象	PS								
	悪心								
	嘔吐								
	食欲不振								
	下痢								
	便秘								
	脱毛								
	発熱								
	呼吸困難								
	感染								
	しびれ								
	倦怠感								
	白血球減少								
好中球減少									
貧血									
血小板減少									
教育・指導	<input type="checkbox"/> 脱毛について指導:洗髪方法、頭皮の保護、抜け毛の処理方法の説明 ・血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する			<input type="checkbox"/> 退院の場合外来受診日、今後の方針について説明 ・コースの振り返り、次コースのオリエンテーション			<input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション		
パリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	
Nsサイン									

《バリエーション》

《サマリー》

<p style="text-align: right;">記載者</p>

抗がん剤治療を受けられる		さまへ 治療法 シスプラチン+ピノレルピン 主治医：斎藤 プライマリナーズ：犬塚		県立愛知病院呼吸器内科 6階病棟看護スタッフ					
月日	入院～治療前 (/ ~ /)	1日 (/)	2日～5日 (/ ~ /)	6～7日 (/ ~ /)	8日 (/)	9日～11日 (/ ~ /)	12日～15日 (/ ~ /)	16日～21日 (/ ~ /)	22日 次回治療 開始予定
治療と 処置	<ul style="list-style-type: none"> ●内服薬の確認をします いつも飲まれているお薬をナースにお見せ下さい ●アレルギー体質の方は事前にお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます ●抗がん剤はシスプラチンとピノレルピンで点滴は全部で 本で約 時間かかります ●点滴が終了したら点滴針は抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> ●吐き気止めの薬を朝・夕食後にお持ちしますので、内服して下さい 		<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます ●抗がん剤はピノレルピンで、点滴は 本で約 時間かかります ●点滴が終了したら点滴針は抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に医師が抗生剤のテストをします 			
検査	<ul style="list-style-type: none"> ●血液、尿、腎機能 ●心電図、肺機能 ●胸のレントゲン ●動脈血採血(医師) 		<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液検査があります 		<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤の点滴の前に行ないます 血液、尿検査 胸のレントゲン 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液検査があります 	<ul style="list-style-type: none"> ●血液、尿検査 胸のレントゲン 	<ul style="list-style-type: none"> ●この期間に血液検査があります 	
食事と 飲水	<ul style="list-style-type: none"> ●食事制限はありません ●飲水量を表に記入しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食：半分にしましょう 昼食：食べないで下さい 夕食：制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> ●食欲のない時は食べやすいものや水分を多く取りましょう 						
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ●腎機能検査のために尿をすべて貯めて下さい(日時～日時) ●排便の回数、性状を注意深く観察して下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ●1日の尿量を知るために尿をすべて貯めてください 							
体重	<ul style="list-style-type: none"> ●測定しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重を測定しましょう 			<ul style="list-style-type: none"> ●測定しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●週に1回と次回治療の前日には測定しましょう 			
注意点 (副作用)	<ul style="list-style-type: none"> ●下痢、便秘に注意しましょう ●治療前々日に排便がないときは下剤を内服しましょう ●治療前日に入浴・洗髪をしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●点滴中は安静を守りましょう ●こんな時はナースコールを押して下さい ●点滴が入っている所が痛い ●点滴が無くなった、止まってしまった ●いつもより咳が増えた、息切れ、息苦しさを感ずる ●点滴中にトイレに行きたいとき ●吐き気が出ることがあります。吐き気のある時や嘔吐したときはナースにお伝えください 	<ul style="list-style-type: none"> ●入浴・洗髪をすませておいた方がよいでしょう 	<ul style="list-style-type: none"> ●検査結果で抗がん剤の投与を決定します ●点滴中は安静を守りましょう ●こんな時はナースコールを押して下さい(1日目に同じです) 	<ul style="list-style-type: none"> ●白血球と血小板の値が減少する時期です。 ●よく手を洗い、うがいを行ってください。●生ものを避けてください。 ●排便後はシャワートイレを使って下さい。 ●はさみやひげそりの使用はおやめください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●脱毛が見られる方もみえます 			
説明	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医がご本人、ご家族の方へ治療についての説明をします。都合のよい日時を教えてください ●ナースが入院中の生活と抗がん剤治療についての説明をします ●腎機能検査について説明します 	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤(ピノレルピン)の副作用として頑固な便秘になることがあります。ナースと下剤の服用について相談しましょう。 		<ul style="list-style-type: none"> ●※外出・外泊はおやめください 		<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤治療について説明します 	<ul style="list-style-type: none"> ●今回の治療の振り返りと次回治療についての説明をします 		

※入院・治療に関して心配事がありましたら、お申し出ください。

この表はおおよその経過を示したものです。種々の都合により、予定通りにできないこともありますので、あらかじめご了承ください

登録
番号

氏名

患者氏名 _____

生年月日
性別

肺がんのクリニカルパス
(シスプラチンD1+ゲムシタビンD1, 8)
(No.06-)

実施期間 月 日 ~ 月 日

患者氏名 _____

病名 _____

合併症 _____

既往歴 _____

アレルギー [有 ・ 無]

主治医 _____

プライマリナース _____

その他 _____

肺がんのクリニカルパス

治療法: シスプラチン mg(mg/m²) D1 + ゲムシタピン mg(mg/m²) D1、D8

ID No.

患者氏名: _____ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積		m ²	

	入院～化学療法前々日まで	Day-1	Day1	Day2	Day3
月日	入院日: 月 日 (/)	(/)	(/)	(/)	(/)
成果目標	・治療、副作用について理解できる		・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる		
	・医療者に不安の表出ができる				
				・点滴中の注意点について理解、協力ができる	
点滴		<input type="checkbox"/> 注射箋の記入 <input type="checkbox"/> 薬局へ提出 <input type="checkbox"/> 薬剤の確認と冷所保存	<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与量はDr、Nsで確認 <input type="checkbox"/> ゲムシタピン mg(30分) <input type="checkbox"/> シスプラチン mg(2時間)		
処置			<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 刺入部のチェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック	
内服		<input type="checkbox"/> 内服薬確認		<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1
検査	<input type="checkbox"/> staging work-upの確認 <input type="checkbox"/> 末血□生血□血型 <input type="checkbox"/> 感染症□凝固□検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X-P□ECG <input type="checkbox"/> 血液ガス□肺機能□24hCcr				
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検 <input type="checkbox"/> 身長測定 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検		<input type="checkbox"/> 血圧4検 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検	<input type="checkbox"/> 血圧2検	<input type="checkbox"/> 血圧1検
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定		<input type="checkbox"/> 朝半分 □昼禁食 <input type="checkbox"/> 夕制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	制限なし、食べられる物をすすめる <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 体重測定
排泄	<input type="checkbox"/> 蓄尿(24hCcr) <input type="checkbox"/> 排便状況確認 前々日の状況で眠前にプルゼニド与薬		<input type="checkbox"/> 蓄尿(3時間チェック) <input type="checkbox"/> 9° □12° <input type="checkbox"/> 15° □18° <input type="checkbox"/> 21°	<input type="checkbox"/> 0° □3° <input type="checkbox"/> 6° □9° <input type="checkbox"/> 12°	<input type="checkbox"/> 蓄尿
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> 入浴声かけ	<input type="checkbox"/> 入浴なし	制限なし	
有害事象	PS				
	悪心				
	嘔吐				
	食欲不振				
	下痢				
	便秘				
	脱毛				
	発熱				
	呼吸困難				
	感染				
	しびれ				
	倦怠感				
	白血球減少				
好中球減少					
貧血					
血小板減少					
教育・指導	<input type="checkbox"/> 入院治療計画書(化学療法承諾書) <input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション(クリニカルパス、パンフレット使用) <input type="checkbox"/> 検査、蓄尿オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 蓄尿、食事制限の再確認 <input type="checkbox"/> 点滴中の注意点(刺入部の異常、歩行時) <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐時の対応説明 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応説明		
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン					

	Day4	Day5	Day6	Day7
月日	(/)	(/)	(/)	(/)
成果目標	・医療者に不安の表出ができる ・有害事象のでき申し出ができ、苦痛が最小限となる			
点滴				<input type="checkbox"/> 注射箋の記入 <input type="checkbox"/> 薬局へ提出 <input type="checkbox"/> 薬剤の確認と冷所保存
処置				
内服	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1	<input type="checkbox"/> カイトリル2T/2x1 <input type="checkbox"/> デカドロン12T/2x1		
検査	<input type="checkbox"/> 末血			
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検			
栄養	制限なし、食べられる物をすすめる			
排泄	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿	<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 蓄尿
清潔	制限なし			<input type="checkbox"/> 入浴声かけ
有害事象	PS			
	悪心			
	嘔吐			
	食欲不振			
	下痢			
	便秘			
	脱毛			
	発熱			
	呼吸困難			
	感染			
	しびれ			
	倦怠感			
	白血球減少			
好中球減少				
貧血				
血小板減少				
教育・指導				<input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 再オリエンテーション
パリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無
Nsサイン				

肺がんのクリニカルパス

治療法: シスプラチン mg(mg/m²) D1 + ゲムシタピン mg(mg/m²) D1, D8

ID No.

患者氏名: _____ さま

身長 _____ cm 体重 _____ kg
体表面積 _____ m²

	Day8	Day9	Day10	Day11	Day12	Day13	Day14	
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
成果目標	・医療者に不安の表出ができる ・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる ・点滴中の注意点について理解、協力ができる ・骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる							
点滴	<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与量はDr、Nsで確認 <input type="checkbox"/> ゲムシタピン mg(30分)							
処置	<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 刺入部チェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去							
内服								
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿			<input type="checkbox"/> 末血				
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧4検 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度1検	<input type="checkbox"/> 血圧2検	<input type="checkbox"/> 血圧1検					
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3になったら生ものは避けるように説明						
排泄								
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴なし	制限なし <input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3またはPLT<2万/mm3になったらシャワーのみ可						
有害事象	PS							
	悪心							
	嘔吐							
	食欲不振							
	下痢							
	便秘							
	脱毛							
	発熱							
	呼吸困難							
	感染							
	しびれ							
	倦怠感							
	白血球減少							
好中球減少								
貧血								
血小板減少								
教育・指導	<input type="checkbox"/> 点滴中の注意点 <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐時の対応説明 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応説明 <input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する			<input type="checkbox"/> 血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する				
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	
Nsサイン								

	Day15	Day16	Day17	Day18	Day19	Day20	Day21	次コース開始	
月日	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	
成果目標	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ・医療者に不安の表出ができる ・有害事象の申し出ができ、苦痛が最小限となる ・骨髄抑制(感染予防、出血傾向、貧血)について理解でき、対処方法がわかる ・脱毛について理解でき、対処方法がわかる ・コースの振り返りができ、次コースの心構えができる </div>								
点滴									
処置									
内服									
検査	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿			<input type="checkbox"/> 末血				<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 検尿	
呼吸・循環・体温	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸 4検 <input type="checkbox"/> 血圧1検							→	
栄養	制限なし <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3になったら生ものは避けるように説明						→	<input type="checkbox"/> 体重測定
排泄									
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm3またはPLT<2万/mm3になったらシャワーのみ可						→	
有害事象	PS								
	悪心								
	嘔吐								
	食欲不振								
	下痢								
	便秘								
	脱毛								
	発熱								
	呼吸困難								
	感染								
	しびれ								
	倦怠感								
	白血球減少								
好中球減少									
貧血									
血小板減少									
教育・指導	血液データに合わせて骨髄抑制時の注意点を確認する	<input type="checkbox"/> 脱毛について指導:洗髪方法、頭皮の保護、抜け毛の処理方法の説明			<input type="checkbox"/> 退院の場合外来受診日、今後の方針について説明			<input type="checkbox"/> 化学療法オリエンテーション	
バリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	
Nsサイン									