



抗がん剤治療を受けられる		さまへ 治療法 シスプラチン+ジェムシタピン 主治医：斎藤 プライマリーナース：杉浦		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日 ( / )	7日 ( / )	8日 ( / )	9～11日 ( / ~ / )	12～15日 ( / ~ / )	16～21日 ( / ~ / )	22日 次回治療 開始予定	
治療と処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●アレルギー体質の方は事前にお知らせ下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます</li> <li>●抗がん剤はシスプラチンとジェムシタピンで点滴は全部で 本で、約 時間かかります</li> <li>●点滴が終了したら点滴針は抜きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます</li> <li>●抗癌剤はジェムシタピンで、点滴は 本で約 時間かかります</li> <li>●点滴が終了したら点滴針は抜きます</li> </ul>					
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液、尿、腎機能</li> <li>・心電図、肺機能</li> <li>・胸のレントゲン</li> <li>・動脈血採血(医師)</li> </ul>		<p>この期間に血液検査があります</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗癌剤の点滴の前に行ないます</li> </ul> <p>血液、尿検査 胸のレントゲン</p>	<p>この期間に血液検査があります</p> <p>血液、尿検査 胸のレントゲン</p>		<p>この期間に血液検査があります</p>		
食事と飲水	<ul style="list-style-type: none"> <li>●食事制限はありません</li> <li>●飲水量を表に記入しましょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝食：半分にしましょう</li> <li>昼食：食べないで下さい</li> <li>夕食：制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>								
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>●腎機能検査のために尿をすべて貯めて下さい(日 時～日 時)</li> <li>●排便の回数、性状を注意深く観察して下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1日の尿量を知るために尿をすべて貯めて下さい</li> </ul>									
体重	●測定しましょう	●体重を測定しましょう				●測定しましょう	●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"> <li>●下痢、便秘に注意しましょう</li> <li>●治療前々日に排便がないときは下剤を内服しましょう</li> <li>●治療前日に入浴・洗髪をしましょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●点滴中は安静を守りましょう</li> <li>●こんな時はナースコールを押して下さい</li> <li>・点滴が入っている所が痛い</li> <li>・点滴が無くなった</li> <li>・点滴が止まってしまった</li> <li>・いつもより咳が増えた、息切れがする 息苦しさを感ずる</li> <li>・点滴中にトイレに行きたいとき</li> <li>●吐き気が出る場合があります。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</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>●入浴・洗髪を済ませておいた方がよいでしょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●検査結果で抗がん剤の投与を決定します</li> <li>●点滴中は安静を守りましょう</li> <li>●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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●白血球と血小板の値が減少する時期です。</li> <li>●よく手を洗い、うがいを行なってください。</li> <li>●生ものを避けてください。</li> <li>●排便後はシャワートイレを使って下さい。</li> <li>●はさみやひげそりの使用はおやめください。</li> </ul>				
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●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</li> <li>●腎機能検査について説明します</li> </ul>	<p>※外出・外泊はおやめください</p>			<p>抗がん剤治療について説明します</p>			<p>脱毛が見られる方もみえます</p>	<p>今回の治療の振り返りと次回の治療についての説明をします</p>		

※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

(ドセタキセル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 \_\_\_\_\_

プライマリーナース \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 肺がんのクリニカルパス

治療法:ドセタキセル mg(      mg/m<sup>2</sup>)D1

ID No. \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積	m <sup>2</sup>		

	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"/> ドセタキセル mg( 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				
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"/> ドセタキセルは最初の10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"/> 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"/> 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"/> 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
Nsサイン				

	Day3	Day4	Day5	Day6	Day7
月日	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
成果目標	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           ・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         </div>				
点滴					
処置					
内服					
検査					
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					
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					
バリエーション	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"/> 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	<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			<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"/> 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	ドセタキセル単剤治療	主治医：奥野	プライマリーナース：金子	県立愛知病院呼吸内科 6階病棟看護スタッフ		
月日	入院～ ( / ~ / )	1日 ( / )	2日 ( / )	3日～5日 ( / ~ / )	7日～8日 ( / ~ / )	9日～11日 ( / ~ / )	12日～16日 ( / ~ / )	17日～21日 ( / ~ / )	22日 次回治療 開始予定
治療と処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●アレルギー体質の方は事前にお知らせ下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗がん剤の点滴を行います。医師が点滴針をいれます</li> <li>●抗がん剤はタキソテルで全部で 本で 約 時間かかります</li> <li>●点滴が終了したら点滴針は抜きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●この期間に医師が抗生剤のテストをします</li> </ul>					
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液、尿、腎機能</li> <li>・心電図、肺機能</li> <li>・胸のレントゲン</li> <li>・動脈血採血(医師)</li> </ul>				血液検査を行いません	血液検査を行いません		血液、尿検査 胸のレントゲン	
食事	●食事制限はありません	●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	●排便の回数、性状を注意深く観察して下さい								
体重	●毎日、測定しましょう								
注意点(副作用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●下痢、便秘に注意しましょう</li> <li>●治療前日に排便がないときは下剤を内服しましょう</li> <li>●治療前日に入浴・洗髪をしましょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●点滴中は安静を守りましょう</li> <li>●こんな時はナースコールを押して下さい</li> <li>・点滴が入っている所が痛い</li> <li>・点滴が無くなった、止まってしまった</li> <li>・いつもより咳が増えた、動悸・息切れ、息苦しさ</li> <li>脈が乱れる</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>●白血球と血小板の値が減少する時期です。</li> <li>●よく手を洗い、うがいを行なってください。</li> <li>●生ものを避けてください。</li> <li>●排便後はシャワートイレを使って下さい。</li> <li>●はさみやひげそりの使用はおやめください。</li> </ul>		脱毛が見られる方もみえます	
清潔	●治療前日に入浴・洗髪をしましょう	★治療中に入浴・シャワー浴は白血球の値と38℃以上の熱が出ていないことを確認してお入りください							
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●ナースが入院中の生活と抗癌剤治療についての説明をします</li> <li>●腎機能検査について説明します</li> </ul>				治療中の外出・外泊、一時退院は可能です。いずれも白血球の値と医師の許可によります。			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。

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  
(ナベルビンD1, 8, 15)  
(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: ナベルピン

mg(25mg/m<sup>2</sup>) D1, D8, D15

ID No.

患者氏名: \_\_\_\_\_ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積		m <sup>2</sup>	

	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	<input type="checkbox"/> 治療、副作用について理解できる		<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"/> 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)	
処置			<input type="checkbox"/> 点滴中の注意点について理解、協力ができる	
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				
検査	<input type="checkbox"/> staging work-upの確認 <input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化学 <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"/> 酸素飽和度1検	<input type="checkbox"/> 血圧2検
栄養	制限なし			
栄養	<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2T与薬			
	便の回数、量、性状			
	腹部膨満感			
	腸蠕動音			
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"/> 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
Nsサイン				

	Day15	Day16	Day17	Day18	Day19	Day20	Day21
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						
	<input type="checkbox"/> 点滴中の注意点について理解、協力ができる	<input type="checkbox"/> 脱毛について理解でき、対処方法がわかる					
点滴	<input type="checkbox"/> ナベルピン投与基準の確認 <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"/> 静脈留置針抜去 <input type="checkbox"/> 刺入部のチェック	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック					
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						
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	便の回数、量、性状						
	腹部膨満感						
	腸蠕動音						
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(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"/> 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 <input type="checkbox"/> 抜け毛の処理方法の説明					
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	:	:	:	:	:	:	:

# 肺がんのクリニカルパス

治療法: ナベルピン

mg (25mg/m<sup>2</sup>) D1, D8, D15

ID No.

身長 cm 体重 kg

患者氏名: \_\_\_\_\_

さま

体表面積 m<sup>2</sup>

	Day22	Day23	Day24	Day25	Day26	Day27	Day28	次コース開始
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							・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"/> 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  <input type="checkbox"/> 酸素飽和度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	便の回数、量、性状							
	腹部膨満感							
	腸蠕動音							
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"/> 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"/> 化学療法オリエンテーション
		<input type="checkbox"/> 退院の場合外来受診日、今後の方針について説明						
バリエーション	有 無	有 無	有 無	有 無	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						<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						
検査						
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"/> 排便状況確認 状況で眠前にプルゼニド2T与薬	
	便の回数、量、性状					
	腹部膨満感					
	腸蠕動音					
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 (クリニカルパス、パンフレット使用) <input type="checkbox"/> 検査 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	有 無
Nsサイン						

# 肺がんのクリニカルパス

治療法: ナベルピン

mg(25mg/m<sup>2</sup>) D1、D8、D15

ID No.

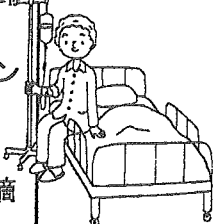








患者氏名: \_\_\_\_\_ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積	m <sup>2</sup>		

		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						
		<input type="checkbox"/> 点滴中の注意点について理解、協力ができる	<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					
点滴	<input type="checkbox"/> ナベルピン投与基準の確認 <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"/> 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	<input type="checkbox"/> 静脈留置針挿入 <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去 <input type="checkbox"/> 刺入部のチェック		<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック					
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					
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/mm <sup>3</sup> になったら生ものは避けるように説明						
排泄								<input type="checkbox"/> 排便状況確認 状況で眠前にプルゼニド2Tと薬
	便の回数、量、性状							
	腹部膨満感 腸蠕動音							
清潔	制限なし	<input type="checkbox"/> WBC<2000/mm <sup>3</sup> またはPLT<2万/mm <sup>3</sup> 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 (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"/> 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"/> 化学療法再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	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 ナベルピン 主治医:奥野 プライマリーナース:高橋										
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～6日 ( / ~ / )	7日 ( / )	8日 ( / )	9～13日 ( / ~ / )	14日 ( / )	15日 ( / )	16～28日 ( / ~ / )	29日 次回治療 開始予定
治療 と 処置	●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	●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます ●抗がん剤はナベルピンで6～10分かけて、投与します ●点滴が終了したら点滴針は抜きます			●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます ●抗がん剤はナベルピンで6～10分かけて、投与します ●点滴が終了したら点滴針は抜きます	●この期間に医師が抗生剤のテストをします 		●抗がん剤の点滴を行ないます。医師が点滴針をいれます ●抗がん剤はナベルピンで6～10分かけて、投与します ●点滴が終了したら点滴針は抜きます		
検査	・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)		この期間に血液検査があります		●抗癌剤の点滴の前に行ないます 血液、尿検査 胸のレントゲン	この期間に血液検査があります		●抗癌剤の点滴の前に行ないます 血液、尿検査 胸のレントゲン	この期間に血液検査があります	
食事	●食事制限はありません	●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	●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	●測定しましょう									
注意点 (副作用)	●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 	●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		●入浴・洗髪をすませておいた方がよいでしょう 	●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) 	●入浴・洗髪をすませておいた方がよいでしょう 	●白血球と血小板の値が減少する時期です。 ●よく手を洗い、うがいを行なってください。●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。			
	●抗がん剤(ナベルピン)の副作用として頑固な便秘になることが多いです。ナースと下剤の服用について相談しましょう									
説明	●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の説明をします			●抗がん剤治療についてナースが説明します 			●抗がん剤治療についてナースが説明します 	脱毛が見られる方もみえます 		

※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+エトポシドD1, 2, 3)  
(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(80mg/m<sup>2</sup>) D1+エトポシド

mg(100mg/m<sup>2</sup>) D1,2,3

ID No. \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ さま

身長	cm	体重	kg
体表面積	m <sup>2</sup>		

	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	<input type="checkbox"/> 治療、副作用について理解できる <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"/> 点滴中の注意点について理解、協力ができる		
目標	→				
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"/> 抗がん剤投与量は Dr.Nsで確認 <input type="checkbox"/> エトポシド mg(90分) <input type="checkbox"/> シスプラチン mg (2時間) <input type="checkbox"/> 専用ルート(フィルター無し) 三方活栓使用	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与量は Dr.Nsで確認 <input type="checkbox"/> エトポシド mg (90分) <input type="checkbox"/> 専用ルート(フィルター無し)	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与量は Dr.Nsで確認 <input type="checkbox"/> エトポシド mg (90分) <input type="checkbox"/> 専用ルート(フィルター無し)	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与量は Dr.Nsで確認 <input type="checkbox"/> エトポシド mg (90分) <input type="checkbox"/> 専用ルート(フィルター無し)
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"/> ヘパリンロック	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック <input type="checkbox"/> ヘパリンロック	<input type="checkbox"/> 刺入部のチェック <input type="checkbox"/> 静脈留置針抜去	
内服	<input type="checkbox"/> 内服薬確認		<input type="checkbox"/> デカドロン12T/2×1 <input type="checkbox"/> カイトリル2T/2×1	<input type="checkbox"/> デカドロン12T/2×1 <input type="checkbox"/> カイトリル2T/2×1	
検査	<input type="checkbox"/> staging work-upの確認 <input type="checkbox"/> 末血口生化口血型 <input type="checkbox"/> 感染症口凝固口検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X-P口ECG <input type="checkbox"/> 血液ガス口肺機能 <input type="checkbox"/> 24hCcr				
呼吸循環	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍、呼吸、4検 <input type="checkbox"/> 血圧 1検 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 1検 <input type="checkbox"/> 身長測定	<input type="checkbox"/> 血圧4検 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 1検			
体温					
食事	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。食べられるものをすすめる。 <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2T与薬	<input type="checkbox"/> 蓄尿(3時間毎チェック) <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 15° <input type="checkbox"/> 18° <input type="checkbox"/> 21°	<input type="checkbox"/> 蓄尿(3時間毎チェック) <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	
清潔	制限なし <input type="checkbox"/> 入浴声かけ	<input type="checkbox"/> 入浴なし	<input type="checkbox"/> 入浴なし	<input type="checkbox"/> 入浴なし	<input type="checkbox"/> 入浴なし
有害事象	P 悪嘔	S 心吐			
	食欲 不振				
	下痢	便秘			
	脱発	毛熱			
	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	<input type="checkbox"/> 入院治療計画書 (化学療法同意書) <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 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘時の対応		
指導					
パリアンス	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
サイン					