



ブレストセンター クリニカルパス

様

病棟（病室）	4E / (号室)
主治医以外の担当者名	主治医以外の担当者名
入院（予定）日	平成 年 月 日
入院予定期間	約 週間
病名／病状	乳 癌
入院時症状	疼痛 呼吸困難 食欲不振 倦怠感 吐気・嘔吐 麻痺 意識障害 発熱 浮腫 出血 その他 ()
検査	予定日：平成 年 月 日
手術・放射線治療	予定日：平成 年 月 日
その他の治療計画	薬物療法 訪問看護導入 症状緩和療法 長期療養施設紹介 在宅酸素法導入 在宅療養支援
療養計画	苦痛の緩和や症状の改善のための援助を行う 治療や検査を安心して受けることができるよう援助する 退院後の生活に必要な情報提供や機能訓練を行う

入院診療計画について説明を受けました。

【本人】

住所：

氏名：

印または署名

【親権者または代諾人】【本人との続柄： 】

住所：

氏名：

印または署名

主治医

担当看護師