

甲状腺癌放射性ヨード内用療法を受けられる患者様へ

(タイロゲン用)

お名前:

主治医:

受け持ち看護師:

	治療決定まで	治療を行うとした後の治療前の準備	一般入院				管理区域の入院				
			入院2週間前 月 日( )	入院1日目 月 日( )	2日目 月 日( )	3日目 月 日( )	4日目 月 日( )	5日目 月 日( )	6日目 月 日( )	7日目 月 日( )	退院 月 日( )
説明・指導	治療内容の説明 ・放射性医薬品(I-131)について ・ヨード摂取制限について 病気の状態の説明	入院前の準備 ・治療計画の説明 ・看護師からの説明 ・病棟(管理区域)見学 ・入院手続きに必要な書類のお渡し		14時までに来院 してください  入院手続きに必要 な書類を提出 してください  ・入院診療計画書 をお渡します			放射性ヨード内服前 に入浴、洗髪、更衣 換え、用便をします  管理区域へ移ります	体外計測終了後 に管理区域から 出る許可が出て から、入浴、洗 髪、更衣換えを します。		治療結果と今 後の治療方針 を説明いたしま す	退院の準備 ・退院後の指導  ・退院療養計画書 をお渡します ・内服薬をお渡し します ・費用の精算
食事・活動		栄養指導 (ヨード制限の内容を栄養指導の先 生にさせていただきます)	ヨード制限開始	ヨード制限食 → 普通食(ヨード制限なし) →							
検査・治療	治療が安全かつ効果的に行えることを確認するために、 <u>必要に応じて</u> 外来で下記検査を行います。 <input type="checkbox"/> 頸部超音波検査( 月 日) <input type="checkbox"/> 声帯・喉頭の状態の確認( 月 日) <input type="checkbox"/> X線CT検査( 月 日) <input type="checkbox"/> MRI検査( 月 日) <input type="checkbox"/> FDG-PET検査( 月 日) <input type="checkbox"/> その他の検査(検査名: 、 月 日)		<input type="checkbox"/> 胸部X線検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査	<input type="checkbox"/> タイロゲン 筋肉内注射	<input type="checkbox"/> タイロゲン 筋肉内注射	<input type="checkbox"/> 放射性ヨード を内服します  <input type="checkbox"/> 内服1時間後に体 外計測(体内にある 放射エネルギーを測定する こと)を行います	<input type="checkbox"/> 体外計測	<input type="checkbox"/> 体外計測	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> I-131シンチグ ラフィ検査(診断 のために放射性 ヨードの全身へ の広がりを観察 します)  <input type="checkbox"/> 持ち物の放射線測定をします (放射エネルギーが高いものについては、しば らくお預かり、もしくは廃棄させていただ くことがあります)	
内服薬							吐き気止めを内服します (吐き気の強い時は注射薬を使うことも有ります)				
							症状に応じて痛み止めを内服します				