

入院診療計画書（内シャント造設術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）






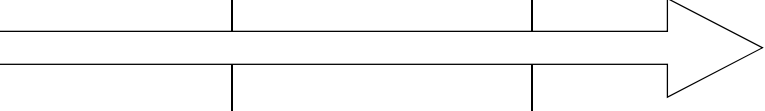








氏名 @PATIENTNAME 様
症状

@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME 印

担当看護師 担当薬剤師

@SYSYDATE

月日	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
経過	入院 	手術当日：手術前	手術当日：手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	退院 
目標	・医師と看護師の説明が分かり、安心して手術に臨むことができる	・創の痛みや出血、その他の症状を伝えることができる			・シャント部の注意点が理解できる ・異常時の対処方法について理解することができる		・退院後の食事や内服薬について理解することができる ・予定通り退院できる
検査	・入院時の検査があります			・朝食前に血液検査があります。シャントを作成した反対の腕で採血をします 			
処置	・医師が左腕に名前と血液型を記入します	・体重測定と、指定された場所に尿をためてください	・体重測定と、指定された場所に尿をためてください	・体重測定と、指定された場所に尿をためてください	・体重測定と、指定された場所に尿をためてください	・体重測定と、指定された場所に尿をためてください	・体重測定をして下さい
注射		・午前中にシャントを作成する反対の腕から点滴を刺します	・医師の指示があるまで点滴は続きます 				
内服	・薬剤師が内服中の薬を全て確認します ・いつも通り内服して下さい	・指示された薬のみ内服して下さい ・処方された抗生剤を朝に内服して下さい	・指示された薬のみ内服して下さい	・いつも通り内服して下さい ・処方された抗生剤を朝に内服して下さい 	・いつも通り内服して下さい	・いつも通り内服して下さい	・いつも通り内服して下さい
観察	・体温、脈拍、血圧を1日2回測定します ・血圧はシャントを作成する反対の腕で測定します	・体温、脈拍、血圧を測定します ・血圧はシャントを作成した反対の腕で測定します	・体温、脈拍、血圧を測定します ・血圧はシャントを作成した反対の腕で測定します ・創の痛みや出血、シャント音の観察をします ・創の痛みや出血、その他の症状がある場合は医師や看護師に伝えてください				
清潔	・入浴して下さい			・看護師が体拭きをします	・看護師が体拭きをします	・シャワー浴ができます 	
行動	・制限はありません 	・歩行で手術室に入室します	・手術室から車椅子で病室に戻ります ・シャント部を保護するために包帯などで固定をさせていただきます ・院内歩行は自由です ・翌朝までベッド上安静です ・トイレには歩行して行けます	・シャント部を保護するために包帯などで固定をさせていただきます ・院内歩行は自由です	・医師がシャント部を確認後固定している包帯をはずします ・医師より許可がでたらゴムボールなどを使ってシャント部の運動を行います		
食事	・いつも通り食事を召し上がって下さい 	・朝食はいつも通り召し上がって下さい。朝食後は水分(水・お茶)以外とることができません ・水分(水・お茶)は12時までとることができます	・帰宅直後から水分、食事をとることができます	・いつもの食事を召し上がって下さい 	・いつもの食事を召し上がって下さい	・いつもの食事を召し上がって下さい	 お大事に！
説明	・看護師が入院生活および手術後の注意点について説明します ・看護師がシャント部の注意点についてパンフレットを使用して説明します ・手術室の看護師が訪問します		・看護師から手術後の過ごし方や注意点について説明があります  		・看護師がシャント部の注意や異常時の対応について確認します	・医師から退院について説明があります ・看護師から退院後の日常生活、シャント部の処置について説明があります ・栄養師から食生活について説明があります ・次回受診日を確認して下さい 泌尿器科 (月 日) 第三内科 (月 日)	

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No. 134) 承認月日 (平成21年 5月 21日)

上記内容について説明を受け同意いたします	署名：	続柄：
----------------------	-----	-----