

入院診療計画書（シャント作成目的）3泊4日用

日付：

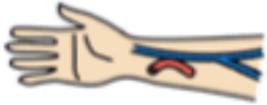
入院の目的
①シャント作成を行います

入院予定期間：

病棟：

ID：

様 病名(主要病状等)^{(注)1}

| 経過 ^{(注)2} | 入院日(手術前日) | シャント手術当日 | ～退院予定日 ^{(注)2} |
|--|--|---|--|
| <p>月日</p> <p>治療</p> <p>薬剤(点滴・内服)</p> <p>処置</p> | <p>/ /</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤師が現在使用中のすべてのお薬を確認します 抗血小板剤（パファリン等）やワーファリンを服用している方はいったん中止する事があります 手術が午前の場合、前日に点滴の針を入れます 場合によっては手術する方の腕の毛を剃ります | <p>/ /</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術が午後からの場合、午前中に点滴の針を入れます 手術中に抗生物質を点滴します  <ul style="list-style-type: none"> 手術着に着替えます 手術は（ : ）からです | <p>/ ~ /</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師が適宜ガーゼ交換を行います 手術後2週間後に外来で抜糸します |
| <p>検査</p> | <ul style="list-style-type: none"> 血算 血液生化学検査 胸部レントゲン 出血・凝固  | |  <p>・看護師より退院時の説明があります</p> <p>・入院診療費通知書を医事課の者がお持ちします</p> <p>・お帰りの際はネームバンドを外します</p> |
| <p>食事</p> | <ul style="list-style-type: none"> 食事のかたさや飲みこみに不安がられる方、食べ物のアレルギーがある方はお申し出ください 利き手が手術の人はおにぎりに変更できます | <ul style="list-style-type: none"> 午前から手術の場合、朝食止め・昼食は術後医師の許可が出たら食べられます 術前1時間前までに200ml 飲水をします 午後から手術の場合、朝食は食べられます 昼食止め、12時までに200ml 飲水をします 夕食は術後医師の許可が出たら食べられます 食事は手術が終わってからお持ちします | |
| <p>安静度</p> | <ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません | <ul style="list-style-type: none"> 手術当日は医師の指示により固定用の板を当てる場合があります(医師の許可があれば外します) | |
| <p>清潔</p> | <ul style="list-style-type: none"> 入浴できます | | <ul style="list-style-type: none"> 医師の許可がでたら傷口を保護してシャワーをすることができます |
| <p>患者さん及びご家族への説明・ご指導</p> <p>その他</p> | <ul style="list-style-type: none"> 主治医より治療について説明があります 医療安全の為ネームバンドをつけます(手術をする方と反対側の腕又は足) 入院中何かわからないことがございましたら遠慮なくお尋ねください 主治医がシャントの作成部位・作成方法について説明します 作成部位にマジックで印をつけますが消えないようにして下さい 看護師が症状やお薬についてお尋ねします | <ul style="list-style-type: none"> 手術結果及び今後の見通しについて説明します 看護師がシャントの管理方法・注意点について説明します  <p>診断書が必要な方はお早めにお申し出下さい</p> | <ul style="list-style-type: none"> 主治医が入院経過及び、退院後の生活について説明いたします 退院後のガーゼ交換について医師もしくは看護師が説明いたします  |

(注) 1 病名（主要症状等）などは、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものです

(注) 2 退院予定時期については、現時点で予想されるものです。何か御不明な点がありましたら担当主治医もしくは看護師にお尋ねください

特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無

説明した日付：

(本人・家族)：

(受け持ち看護師)：

薬剤師：
栄養士：

(主治医)

印