

内シャント造設術を受けられる患者さまへ(5日間) ～入院診療計画書～

腎-10.07-1

患者ID _____ 氏名 _____ 様 _____ 病名: _____ 症状: _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

経過	入院日	手術当日		1日目	2日目	3日目 退院日	退院療養計画書
	月 日	手術には _____ 時に行きます					退院日(予定) 月 日
目標	・シャントが圧迫されないようにしましょう ・シャントの流れを確認しましょう ・シャントを清潔にし傷をつくらないようにしましょう						退院後の治療計画
食事	蛋白制限食	手術前一食禁食	夕食より食べられます	蛋白制限食			・旭川赤十字病院 腎臓内科外来にて 通院治療を行います ・その他
安静度	安静度自由		寝返り可 腕を動かさないように	安静度は自由です			・その他
排泄	尿はすべてためて下さい		指示によりトイレ歩行可になります				退院後の療養上の留意点 ・薬を内服している方は、 処方通り内服して下さい ・その他
清潔	入浴しましょう			体を拭きます		シャワーに入ることができます。	・シャントの流れを毎日 確認して下さい。 確認できない場合には 早めに外来を受診して 下さい。
点滴・注射	内服薬を確認します	時頃より足に点滴します 抗生物質をします	指示により点滴を 抜きます				
内服薬	内服薬を確認します			服薬指導			保健医療サービス又は 福祉サービス
検査	心電図 レントゲン						<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他
説明・指導	入院時説明 入院診療計画			シャント管理に ついて説明します		シャント肢運動の 説明をします	
備考	毎朝詰所で体重測定をします			シャント肢の手を握ったり開いたりして運動していきましょう			その他
	手術する腕の剃毛を します(状況により)	・シャント肢での検温、 血圧測定はしないでください		☆特別な栄養管の必要性	(有)	・ 無	

注) 状態に応じて、予定が変更となる場合があります。

主治医 _____ 印 _____

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 看護師: _____ 薬剤師: _____ 栄養士: _____

