

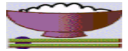








チューブ交換・腹膜機能検査 入院診療計画書

病名:慢性腎不全

症状:

腎-3.07-1

	氏名 _____ 様		退院療養計画書
経過	 入院 1日目	 退院日 2日目	退院日(予定)
			月 日
目標	安心して検査を受けることができる		退院後の治療計画
食事	 蛋白制限食となります	昼食は12時の検査後に食べられます	
	昼	夕	朝 昼
安静度	 安静度は自由です		退院後の療養上の留意点
排泄	 尿は全て溜めて下さい		<ul style="list-style-type: none"> ・薬を内服している方は、処方通り内服してください ・その他
	尿回数	便回数	
清潔	 入浴可能です		保健医療サービス又は福祉サービス
内服薬	 内服薬を確認します		<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他
CAPD	 チューブ交換を行います	朝5時のCAPDは行わないでください 9時半頃より腹膜機能検査を開始します 10時、12時、14時に排液検査があります。排液は捨てないでください  12時には採血もあります	
	明日朝5時のCAPDは腹膜機能検査のため行わないでください		その他
備考	特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有・無  何かわからないことがあるときはいつでも申し出て下さい。		

旭川赤十字病院3階みなみ病棟

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: _____

