




























CAPD導入される患者様へ—入院診療計画書—

ID _____ 氏名 _____ 様 _____										退院療養計画書	
経過	 入院	手術前日	手術当日		術後1・2日目	術後3・4日目	術後5・6日目	術後7日目	術後8日目～退院まで	退院日(予定)	
月 日			手術には	時 分に行きます						月 日	
目標	手術について理解しましょう 不安なく手術が受けられるようゆっくり休みましょう 心配事や眠れない時には早めに看護師に知らせましょう		術後の傷が順調に治るように清潔を保ちましょう 痛みや吐き気など辛い症状がある時は、すぐに看護師に知らせましょう ・バック交換手技を見学し、流れを理解しましょう		バック交換を実際に行い、覚えましょう 在宅での自己管理ができるよう最終確認をしましょう CAPDや一連の管理について知識を深めましょう					退院後の治療計画	
食事	 蛋白制限食	 時以降食べられません	時以降食べたり飲んだりできません		 麻酔が醒めたら指示にて食事再開となります		 退院前に栄養指導を受けて下さい ☆ご家族の方と一緒に受けましょう			・腹膜透析加療を継続して下さい。 ・薬物療法、食事療法を継続してください。	
安静度	 安静度は自由です		手術室には歩行またはストレッチャーで行きます	 指示までベッド上安静となります。		術後医師の指示で歩行できます					
排泄	 尿は全て溜めて下さい 毎朝 食事前に体重を測って下さい		洗腸をします	手術中に尿の管が入ります		歩行出来るようになったら尿の管を抜きます		尿は全て溜めて下さい	CAPD開始後は朝排液後に体重を測ります		
清潔	 入浴可	 入浴			 体を毎日拭きます		 傷の状況によりシャワー浴が出来るようになります				
薬・点滴・注射	 内服中の薬を確認します		 時頃 薬を内服します							退院後の療養上の留意点	
治療検査	 血液検査 レントゲン		 レントゲン		 状況を見て出口部の抜糸を行います  血液検査 レントゲン		 創部抜糸				
CAPD					★CAPD洗浄 		★CAPD開始 				・何かあれば早めに透析外来へ連絡してください。
					500mL洗浄 1回/日		500mL貯留 3回/日 (血液透析をしている方は非血液透析日のみ) 以降は個別性があるので、その都度説明します。				
説明・指導	 入院時説明  担当医、麻酔科医より手術の説明があります。		★CAPDパンフレットをお渡しします		★パンフレットに沿って、PD手技や管理についてご説明します  ★出口部の観察とケアの方法を説明します ソーシャルワーカーによる身体障害者の説明・手続きがあります PD必要物品、購入物品について説明します 加温器機手続き・PD液宅配手続きについて説明します		 PD外来オリエンテーション、受診方法、電話訪問について説明します。 ☆ご家族も一緒に受けて下さい PDカードをお渡します			保健医療サービス又は福祉サービス	
備考	《手術に必要なもの》 平オムツ1枚 T字帯・腹帯 各1枚		《手術室に行く前に》 貴重品はご家族または金庫に保管して下さい メガネ、入れ歯、時計、指輪、ヘアピンなど身に付けているものは全て外します (補聴器はつけたままで良いです。手術室で外します。) ☆ご家族の方は手術中、病棟内でお待ち下さい		 状況に応じて予定が変更することがあります 特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 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 _____					<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他 その他	