











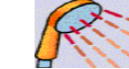
















CAPD導入される患者様へ—入院診療計画書—

|         |  |  |   |  |   |   |  |                      |            |   |
|---------|--|--|---|--|---|---|--|----------------------|------------|---|
|         | 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<br>不安なく手術が受けられるようゆっくり休みましょう<br>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<br>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<br>・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<br>在宅での自己管理ができるよう最終確認をしましょう<br>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<br>☆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。<br>・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<br>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<br>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<br> 血液検査<br>レントゲン  |   |  創部抜糸   |                      |            |   |
| CAPD    |  |  |   |  | ★CAPD洗浄    |   | ★CAPD開始   |                      |            |   |
|         |  |  |   |  | 500mL洗浄 1回/日  |   | 500mL貯留 3回/日<br>(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<br> 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<br> ★出口部の観察とケアの方法を説明します<br>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<br>PD必要物品、購入物品について説明します<br>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。<br>☆ご家族も一緒に受けて下さい<br>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》<br>平オムツ1枚<br>T字帯・腹帯 各1枚   |  | 《手術室に行く前に》<br>貴重品はご家族または金庫に保管して下さい<br>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<br>(補聴器はつけたままで良いです。手術室で外します。)<br>☆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<br>特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無<br>主治医 _____ 印<br>主治医署名 _____<br>※主治医の押印がある場合は不要<br>主治医以外の担当者 _____<br>看護師 _____<br>薬剤師 _____<br>栄養士 _____ |   |  |                      |            | <input type="checkbox"/> 特にありません<br><input type="checkbox"/> その他<br>その他 |