

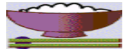








チューブ交換・腹膜機能検査 入院診療計画書

病名:慢性腎不全

症状:

腎-3.09-1

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      | 氏名 _____ 様   |  | 退院療養計画書  |
| 経過   | <br>入院<br>1日目                                       | <br>退院日<br>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   |  | ・旭川赤十字病院腎臓内科<br>外来にて通院治療を行います<br>・その他                            |
|      | 昼  | 夕  |  |
| 安静度  |  安静度は自由です   |  | 退院後の療養上の留意点  |
|      |  尿は全て溜めて下さい  |  | ・薬を内服している方は、<br>処方通り内服してください<br>・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<br>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<br><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<br>9時半頃より腹膜機能検査を開始します<br>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<br> 12時には採血もあります | その他  |
|      | 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  |  |  |
| 備考   | 特別な栄養管理の必要性 (有)・無<br> 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: \_\_\_\_\_

