




























# CAPD導入される患者様へ—入院診療計画書—

	氏名 _____ 様		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
経過	 入院	手術前日	 手術当日(前) 手術後	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
月日			手術には _____ 時 _____ 分に行きます					
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			
食事	 蛋白コントロール食	 時以降絶食	時以降絶飲食		 指示で蛋白コントロール食を開始します	 栄養士による栄養指導があります ☆ご家族の方と一緒に受けましょう		
安静度	 安静度は自由です	手術室には下着を外しストレッチャーで行きます		 ベッド上安静 指示に従って下さい	外科回診後指示により歩行可能となります 指示に従って下さい 			
排泄	 尿は全て溜めて下さい	時頃浣腸をします		手術中に尿の管が入ります	歩行可となってから尿の管を抜きます			
清潔	 入浴可	 入浴			 体を毎日拭きます	 状況によりシャワー浴が開始になります		
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		時頃 手に点滴を開始します。痛みがある時には薬を使いますので、お知らせ下さい			
治療検査	 血液検査 レントゲン	 レントゲン 排泄検査(6日間)	 外科回診 毎日創部を消毒します	 血液検査 レントゲン	 創部抜糸	 状況を見て出口部の抜糸を行います		
CAPD			★CAPD洗浄		★CAPD開始			
			500洗浄 500停滞(ヘパリン入り)	500洗浄 500停滞(ヘパリン入り)	750洗浄 500停滞	1000洗浄 750停滞	1000ml(1日3回) (10時・16時・22時)	1000ml、1500mlまたは2000ml (5時・10時・16時・22時)
説明・指導	 入院時説明  外科受診 手術同意書 入院診療計画書	★CAPDパンフレットをお渡しします ★機材を用いたバック交換・デモンストラーションを看護師と一緒にいきます★ 教育ビデオの紹介  ソーシャルワーカーによる身体障害者の説明・手続き  40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。		 術後説明があります	★パンフレットに沿って、学習、手技をご説明します   ★出口部の観察とケアの方法を説明します ★シャワー浴後に出口部の観察とケアを実践します  必要物品、購入物品の紹介 加温器機手続き・宅配手続き			 外来看護師との面接 受診方法、電話、家庭訪問について説明します。 退院前に一連の手技について説明します  CAPDカード、お祝いセットをお渡しします ☆ご家族にも見学していただきます
備考	≪手術に必要なもの≫ ≪手術室に行く前に≫ 平オムツ2～3枚 貴重品はご家族または金庫に保管して下さい。 T字帯・腹帯 2枚 メガネ、入れ歯は外します イモビライザー1個 (補聴器はつけたままで良いです) ☆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		看護師 _____ 薬剤師 _____ 栄養士 _____ 主治医以外の担当者			