

血液透析を導入される方へ～入院診療計画書～

腎-5-2.13

|           |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     |                                                                  |                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----|------------------------------------------------------------------|-----------------|
|           | ID氏名様                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | 退 院 療 養 計 画 書                                                    |                 |
| 経過        | 入院日                                                                                                                                                                                                                   | 透析1回目                                                                                            | 透析2回目               | 透析3回目  |       |                                                                                     | 透析4回目                                                                                                  |       | 透析5回目                                                                                               |                      | 透析6回目                | 退院日 | 退 院 日 (予定)                                                       |                 |
| 月 日       | / (火)                                                                                                                                                                                                                 | / (水)                                                                                            | / (木)               | / (金)  | / (土) | / (日)                                                                               | / (月)                                                                                                  | / (火) | / (水)                                                                                               | / (木)                | / (金)                |     | 月 日                                                              |                 |
| 目標        | ・透析について理解を深め、透析療法を受けながら日常生活を考えていきましょう<br>・嘔気・頭痛等の症状があるときは速やかに申し出てください<br>・心配事や不安なことがあるときは申し出てください                                                                                                                     |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | 退院後の治療計画                                                         |                 |
| 食事        | 塩分・蛋白制限食です                                                                                                                           |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | 栄養士より栄養指導があります                                                   | ・血液透析加療を継続して下さい |
| 飲水        | 水分制限は、 ml までです                                                                                                                       |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | ・食事療法、薬物療法を継続して下さい                                               |                 |
| 安静度       | 安静度は自由です                                                                                                                                                                                                              | 透析室には車椅子でいきます  |                     |        |       |                                                                                     | 4日目以降は歩行で行くことも出来ます  |       |                                                                                                     |                      |                      |     |                                                                  |                 |
| 清潔        | 入浴できます                                                                                                                                                                                                                | 透析日は穿刺部からの感染予防のため入浴できません                                                                         |                     |        |       |  |                     |       |                  |                      |                      |     | 退院後の療養上の留意点                                                      |                 |
| 排泄/体重     | ・入院日と入院翌日は尿はすべて溜めてください  ・透析前に透析室で体重を測ります                                                                                           |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | ・シャントの流れを毎日確認して下さい                                               |                 |
| 内服        | 内服薬を確認します                                                                                                                            |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       | 薬剤師により薬剤指導があります  |                      |                      |     | ・何かあれば早めに担当医、透析室スタッフに相談して下さい                                     |                 |
| 病棟看護師の説明  | 腎臓と腎不全について                                                                                                                                                                                                            | 合併症について                                                                                          | 合併症について             |        |       |                                                                                     | 日常生活の注意点について (水分管理)                                                                                    |       | 日常生活の注意点について (塩分管理)                                                                                 | 日常生活の注意点について (セルフケア) | 退院に向けて復習をして理解度を確認します |     |                                                                  |                 |
| 透析室看護師の説明 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  | 血液透析の仕組み<br>ドライウエイト | シャント管理 |       |                                                                                     | 検査値について<br>フットケア                                                                                       |       |                                                                                                     |                      |                      |     | 保健医療サービス又は福祉サービス                                                 |                 |
| 血液検査      |                                                                                                                                                                                                                       | 透析前                                                                                              |                     |        |       |                                                                                     | 透析前                                                                                                    |       |                                                                                                     |                      |                      |     | <input type="checkbox"/> 特にありません<br><input type="checkbox"/> その他 |                 |
| 各種検査      | 胸部レントゲン<br>心電図                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     | 胸部レントゲン                                                                                                |       |                                                                                                     |                      |                      |     |                                                                  |                 |
| その他       | 穿刺予定部位にマーキングをします                                                                                                                                                                                                      | ソーシャルワーカーより<br>身障者手続きについて説明があります                                                                 |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     | その他                                                              |                 |
| 備考        | ・特別な栄養管理の必要性<br>①有 ②無<br> 状況に応じて予定が変更になることはあります<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 看護師: 薬剤師: 栄養士: |                                                                                                  |                     |        |       |                                                                                     |                                                                                                        |       |                                                                                                     |                      |                      |     |                                                                  |                 |