

血液透析を導入される方へ～入院診療計画書～

|           |                                                                                                                             |                                  |                     |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|           | 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                                                                                               |                                                                                     |                                                                                     | 退院日 | 退 院 日(予定)                                          |                                       |
| 月日        | / (木)                                                                                                                       | / (金)                            | / (土)               | / (日)                                                                              | / (月)                                                                               | / (火)                                                                               | / (水)                                                                                                  | / (木)                                                                               | / (金)                                                                                               | / (土)                                                                               | / (日)                                                                               |     | 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<br>・食事療法、薬物療法を継続して下さい |
| 飲水        | 水分制限は、 mlまでです                              |                                  |                     |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |
| 安静度       | 安静度は自由です                                                                                                                    | 透析室には車椅子で行きます                    |                     |                                                                                    |  |                                                                                     | 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<br>・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 |                                       |
| 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  |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |
| 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                                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     | □特にありません<br>□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>・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。                                                       |                                  |                     |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |
|           | 主治医 印                                                                                                                       |                                  |                     |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |
|           | 主治医署名<br>※主治医の押印がある場合は不要<br><br>主治医以外の担当者 看護師： 薬剤師： 栄養士：                                                                    |                                  |                     |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |     |                                                    |                                       |