

入院診療計画書

シャント造設術をお受けになる

パス テスト001 様へ

第3内科 4階西病棟

5N538 病室

患者番号 0008985093

主治医氏名		印
主治医以外の 担当者 氏名	担当医師	
	看護師長	
	管理栄養士	
	担当看護師	
病名		
症状		
特別な栄養管理の必要性 (あり・なし)		

【患者または代理者同意署名】

年 月 日 氏名

*代理署名の場合 患者との続柄 ()

※ 推定入院期間	入院日 /	手術日 (手術前) / (手術後)	手術後1日目(退院日) /
注射・内服	持参の薬を確認致します。その後医師の指示により内服を継続します。	手術入室前に点滴を開始し抗生剤の点滴を行います。	点滴は終了となります。
※ 検査	必要に応じて、採血・心電図・レントゲンの検査をします。※採血はシャント予定の反対の腕から行います。		退院後も血圧測定などはシャント側からは行わないようにして下さい。採血時はシャントがあることを伝えて下さい。
処置		医師が創部の観察をします。	医師が創部の観察をします。
教育・説明・指導	入院期間、手術予定時間および手術の説明を行います。手術同意書等必要書類の確認を行います。シャントについて説明します。	病衣とパンツのみ着けて手術室に行きます(車いす・ストレッチャー)。	シャントの状態を観察します。退院後のシャント管理について指導書で説明します。外来受診等の説明を行い退院となります。
安静度	特に制限ありません。	特に制限はありません。	安静制限はありませんが、ふらつく場合はナースコールして下さい。
食事	特に制限はありません。治療食の患者さんはそれに沿った食事になります。	特に制限はありません。	特に制限はありません。
排泄		手術前に排尿、排便を済ませてください。	トイレ歩行は可能です。
清潔	特に制限はありません。	手術前にシャント造設部位を洗浄し清潔にします。	入浴又はシャワー浴は可能です。
※ リハビリ	なし	なし	なし
※ その他	なし	なし	なし



*病名等は、現時点で考えられるものとなりますので、今後検査を進めていくうえで変更される可能性があります。
 *入院期間については、現時点での予想となっており、状態に応じ予定が異なることも考えられます。
 *何か質問がある際は医療者にお尋ね下さい。