

入院診療計画書 放射線治療用ハイトゲルペーサー注入を受けられる パス テスト001 様へ

主治医氏名		印	放射線科	病棟	病室
主治医以外の 担当者 氏名	担当医師		患者番号	0008985093	
	看護師長		【患者または代理者同意署名】		
	担当看護師		年	月	日
	管理栄養士		氏名		
			*代理署名の場合 患者との続柄 ()		
病名					
症状					
手術		なし	特別な栄養管理の必要性		(あり・なし)

入院治療の目標（達成目標） 治療前の準備ができる。症状の観察と報告ができる。退院後の生活における留意点が理解できる。

推定入院期間	入院日（月 日）	処置前	処置当日（月 日）	処置後	退院日・処置後1日目（月 日）
注射	・特にありません。	・処置前に抗生剤の点滴をします。		・点滴は帰宅後2時間で終了となります。	・特にありません。
内服	・入院前から内服しているお薬がありましたら、お薬手帳と共に看護師へお渡しください。また入院中は指示された薬以外内服しないでください。	・指示された薬を継続してください。			・退院日から4日間、抗生剤を内服します。
検査	・手術前に採血、心電図、レントゲンを行います。	・特にありません。		・特にありません。	・特にありません。
処置	・特にありません。	・午前中に病室で浣腸を行います。必要時ポータブルトイレを使用します。気分が悪くなった場合はトイレ内の呼び出しボタンを押して看護師を呼んでください。 ・13時頃に点滴と必要時尿の管が入ります。		・特にありません。	・医師による退院診察後に問題がなければ、退院許可となります。 
教育・説明・指導	・医師から処置について説明があります。内容を確認の上、必要書類にサインしてください。 ・T字帯を購入してください。 	・処置前に病院用パジャマに着替えます。 ・治療に呼ばれたら車椅子に乗って治療棟へ行きます。		・痛みがある場合は教えて下さい。	・退院後、針を刺した場所の出血や痛み、腫れが続く場合は連絡して下さい。 ・尿、便に出血が続く場合は放射線科外来へ連絡して下さい。 ・放射線治療が終了するまでは、股を圧迫する行為（自転車、バイク、乗馬など）を控えてください。
安静度	・制限はありません。	・病棟内でお過ごしください。		・病室へ戻ってから2時間はベッドで横になり休んでください。歩行確認をしてから尿の管を抜きます。 ・初めて歩くときには看護師が付き添うのでナースコールで呼んで下さい。	・制限はありません。
食事	・制限はありません。	・制限はありません。		・制限はありません。	・制限はありませんが、退院時の指示に従ってください。
排泄	・制限はありません。	・制限はありません。		・初回のトイレ歩行は看護師が付き添うのでナースコールしてください。	・制限はありません。
清潔	・爪が伸びている場合は切ってください。 ・シャワー浴を行います。 	・シャワー浴は行えません。		・シャワー浴は行えません。	・退院許可後、制限はありません。
リハビリ	なし	なし		なし	なし
その他	なし	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。