

# 原発性副甲状腺機能亢進症 精査入院 のご説明(入院診療計画書)

2018年6月修正

入院期間: 月 日 ~ 月 日頃

患者氏名 患者ID

担当科: 内分泌代謝科

主治医: [ ] 担当看護師: [ ]

下記入院診療計画書について説明を受け、了承しました。患者・代理人サイン: [ ]

担当医: [ ] 説明者: [ ]

病名: 原発性副甲状腺機能亢進症, 高Ca血症 (入院時点では確定診断がついていないこともあり、その場合は後に説明します)

担当薬剤師: [ ] 説明日: 年 月 日

病状: 無症状 高Ca血症 口渴 多飲 その他 ( ) (注)該当する項目にチェック

医師が予定項目をチェック ( / )日時

退院時到達目標: 予定通りの検査が施行できる

月日	入院日( / )	/ ~ /	退院日( / )
内服薬	内服薬を確認させていただきます。 検査や病状に支障を与える可能性のある内服薬は中止あるいは変更させていただく事があります。		検査結果に応じて内服薬の追加や変更があることがあります。
検査	心電図を受けに行ってください。   レントゲンを受けに行ってください。 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 両手	<input type="checkbox"/> 血液検査があります。(検査前は絶食、安静が必要なことがあります。) ( / ) ( / ) X ( / ) <input type="checkbox"/> 尿検査があります。( / ) ( / ) X ( / ) <input type="checkbox"/> 24時間蓄尿検査があります。( / ) ( / ) X ( / ) <input type="checkbox"/> 便検査があります。( / )  <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチグラフィ: ( / ) 頸胸部CT <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純: ( / ) * 造影剤を使う場合、検査前に問診があります。造影剤にアレルギーのある方、気管支喘息やアレルギー体質の方は事前に申し出てください。  <input type="checkbox"/> 副甲状腺MRI <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 任意 :( / ) * 検査前に問診があります。体内に金属の入っている方、心臓ペースメーカー使用中の方は検査が制限される事があります。造影剤にアレルギーのある方、気管支喘息やアレルギー体質の方は事前に申し出てください。 <input type="checkbox"/> 骨密度(腰椎+大腿骨頸部+橈骨): ( / )	<input type="checkbox"/> 副甲状腺エコー: ( / ) <input type="checkbox"/> 副甲状腺穿刺液ホルモン検査: ( / ) * 検査前に説明があります。抗凝固剤や抗血小板剤内服中の方は検査が出来ないことがあります。 <input type="checkbox"/> 腹部エコー: ( / ) <input type="checkbox"/> 24時間血圧計をつけていただきます。( / ~ / )  ・検査の結果、手術の方針となれば、全身状態を評価するための採血、呼吸機能検査を追加することがあります。
安静度	<input type="checkbox"/> 院内自由 <input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> その他( ) 転倒転落予防DVD視聴します		
食事	<input type="checkbox"/> カリウム・リン一定食 <input type="checkbox"/> 病院食のみを召し上げて下さい <input type="checkbox"/> 持ち込み食や間食はしないで下さい		
観察	<input type="checkbox"/> 検査のための尿を貯めていただきます。 <input type="checkbox"/> 体重測定を行います。 検温 <input type="checkbox"/> 1日1検朝 <input type="checkbox"/> 1日2検朝夕 血圧測定 <input type="checkbox"/> 1日1検朝 <input type="checkbox"/> 1日2検朝夕		
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> シャワ可	* 副甲状腺穿刺液ホルモン検査当日は不可	
説明・書類	・入院時説明に主治医より説明があります。 ・検査のための同意書や説明書をお渡すことがあります。 	<input type="checkbox"/> 治療に関して耳鼻科を受診していただきます。:( / ) 	<input type="checkbox"/> 退院時に説明があります。 日時 月 日 時 <input type="checkbox"/> 結果は外来で説明します。 次回外来受診予定日 日時 月 日 時 担当医

予定外の処方や点滴、検査、受診があることがあります。  
特別な栄養管理の必要性: 無、総合的な機能評価: 該当する場合、別紙にて評価