

入院診療計画書(シャント手術を受けられる方へ)

診療科：腎臓内科

病名：慢性腎不全

症状：血液透析のためシャントを要する状態













入院病棟：

退院時到達目標：術後の安静で閉薬を予防し、シャント管理の指導を受け帰宅する

患者ID：

患者氏名：

入院期間：2日間

経過 (日付)	外来 (手術決定日)	手術当日		【退院予定日】	退院後 初回受診時
		手術前～手術中	手術後		
		月	日	月	日
到達目標	①手術の必要性がわかる ②入院までの流れがわかる ③不明な点を質問できる	①手術による合併症がわかる	①痛みのコントロールができる ②創部に腫脹・出血がない ③シャント管理の方法がわかる ④入院生活の注意事項がわかる	①シャント管理の方法が理解できる ②創部に腫脹・出血がない ③異常時の対処方法がわかる	 ☆ ☆ 退院後 日以後 の退院 診後日 初まで 外に異 常診を 日感じ おまし たえら いた受 診日を 待たず に受診 してく ださい
治療・処置	聴診器を売店(チアマスティー1号店)で購入してください (入院時に持参してください) 医師から中止の指示がある薬以外はいつも通り服用してください	手術室で点滴を行います 	痛みがあるときは痛み止めが使えます 創部より出血を認めたときもお申し出ください ご自身でも聴診器を使用してシャント音・スリルの確認を行います 薬剤師がお薬を全部調べます	ご自身でも聴診器を使用して、シャント音・スリルの確認を行います	
検査		なし	なし	なし	
安静		制限はありません。 	制限はありませんが、 手術後の観察がありますので、当日は部屋でお過ごしください シャント肢をつけて起き上がらないでください 転倒転落予防DVDを視聴します 転倒転落に注意してください 	制限はありません シャント肢に注意をして、転倒転落予防してください 	
食事		腎臓病食 	腎臓病食(間食は控えてください) 	腎臓病食(間食は控えてください) 	
排泄		手術前にトイレを済ませてください 	病室のトイレをご利用下さい 	病室のトイレをご利用下さい 	
清潔	入浴・シャワー共に制限がありません 手術後しばらく入浴できないことがありますので、手術前日には入浴またはシャワー・洗髪をしてください 	手術前は入浴・シャワー共に制限がありません 	手術後はシャワーは行えません 手術創をぬらさないようにしてください 	退院日はシャワーは行えません 退院翌日より抜糸までは、テープなどで覆い手術創をぬらさないようにしてシャワー・入浴をしてください テープがはがれた場合は市販の絆創膏を貼って創部を保護してください  	
説明	シャント手術のスケジュールを看護師が説明します 入院診療計画書(本書)など必要な書類をお渡しします 署名をして入院当日ご持参ください 	手術室に到着後、 ご家族の方は病棟のスタッフが病室までご案内します 手術室待合でお待ちください	入院時のオリエンテーションを看護師が行います 入院診療計画書(本紙)などの書類を提出してください シャント管理の方法について看護師が説明します 	シャント管理の方法が理解できているか確認します 退院後の日常生活の注意点を説明します 看護師が退院時の書類をお渡しします 署名をして看護師へ提出してください  	

※今回の入院につきまして現時点での診療計画は以上の通りです。なお、この説明は現在の症状から予測される範囲のもので、状況に応じて予定が変更になる場合があります。ご不明な点がありましたらいつでもお尋ねください

特別な栄養管理の必要性：有・無

上記の入院診療計画について説明を受け、了承しました

主治医： _____

説明者： _____

総合的な機能評価：該当する場合別紙にて評価

担当看護師： _____ 患者(親権者あるいは代理人)署名

担当薬剤師： _____

説明日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名： _____