

## 前立腺密封小線源治療入院診療計画書

説明日 年 月 日

泌尿器科(8西)病棟( )号室

推定される入院期間 4日 病名: 前立腺がん 症状:

入院目的: 小線源治療

患者さま氏名

手術内容及び日程: 前立腺密封小線源治療

特別な栄養管理の必要性 有・無

月 日 経 過	入院日	治療前	治療後	治療後1日目	治療後2日目(退院日)
薬剤・検査・処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在服用中の薬を薬剤師が確認します。</li> <li>薬のアレルギーがある場合はお知らせ下さい。</li> <li>必要時採血・採尿を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴が始まります。</li> <li>体温・血圧・脈拍測定を行います。</li> <li>検査着、紙パンツ、弾性ストッキングを着用します。(検査着は前後ろ逆に着用します)</li> <li>治療室には看護師と一緒にいきます。</li> <li>治療時間は約2～3時間です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴は翌日朝まで行います。</li> <li>帰宅時及び状況により体温・血圧・脈拍測定を行います。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴の針を抜きます。</li> <li>脱落線源に気付いたら看護師にお知らせください。</li> <li>適宜に体温・血圧・脈拍測定を行います。</li> <li>衣類・洗濯物などは許可があるまで室外に持ち出さないでください。</li> <li>排尿をしやすくする薬の内服をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT検査があります。</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>必ず放射線管理区域が解除されたから、CT検査に行ってください。</li> </ul> <p style="text-align: center;">(呼び出しがあります)</p> 
活動・安静	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>治療後はベッド上安静になります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病室内は歩行可能です。</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示のもと22時から絶食となります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲食できません。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲水食事開始は看護師が説明いたします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝から食事が再開します。</li> <li>下膳は看護師がします。ナースコールでお知らせください。</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴してください。(明日入浴できません)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>尿道カテーテルが抜けて、熱が無ければシャワー浴をしてください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後は入浴できます。</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>尿道カテーテルが入っています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿道カテーテルを抜きます。</li> <li>尿を専用容器に溜めてください。(退院まで)</li> </ul>	
説明・指導・書類、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から治療の説明があります。</li> <li>麻酔医が病室に伺います。</li> <li>治療に必要な物品説明。</li> <li>リライトカードを提出してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身につけているもの(めがね・コンタクト・入れ歯・補聴器など)ははずしてください。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿道カテーテルの違和感や痛みがあるときは、痛み止めを使用します。</li> <li>便意があるときは看護師にお知らせください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>血尿が出ますが数日で消失します。</li> <li>飲水しているのに尿が6時間以上出ない時は看護師にお知らせください。</li> <li>水分を1日1000ml/日飲んでください。</li> </ul> <p style="text-align: center;">パンフレットを使用して退院後の注意点について説明します 不明な点などあれば看護師に声をかけて下さい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>次回外来予約票を渡します。</li> <li>治療カードを医師からお渡しいたします。</li> <li>脱落線源対処方法について説明いたします。</li> </ul>

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後治療などを進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度ご説明致します。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものです。

主治医氏名

主治医以外の担当者氏名

説明看護師氏名

上記のとおり説明を受けました。

同意年月日: 年 月 日

患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との続柄( )