

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 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"> 現在服用中の薬を薬剤師が確認します。 薬のアレルギーがある場合はお知らせ下さい。 必要時採血・採尿を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴が始まります。 体温・血圧・脈拍測定を行います。 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) 治療室には看護師と一緒にいきます。 治療時間は約2～3時間です。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は翌日朝まで行います。 帰宅時及び状況により体温・血圧・脈拍測定を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴の針を抜きます。 脱落線源に気付いたら看護師にお知らせください。 適宜に体温・血圧・脈拍測定を行います。 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。 排尿をしやすくする薬の内服をします。 	<ul style="list-style-type: none"> CT検査があります。 <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <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"> 制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> 治療後はベッド上安静になります。 	<ul style="list-style-type: none"> 病室内は歩行可能です。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示のもと22時から絶食となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 飲食できません。 	<ul style="list-style-type: none"> 飲水食事開始は看護師が説明いたします。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝から食事が再開します。 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。 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴してください。(明日入浴できません) 			<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後は入浴できます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルが入っています。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルを抜きます。 尿を専用容器に溜めてください。(退院まで) 	
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"> 主治医から治療の説明があります。 麻酔医が病室に伺います。 治療に必要な物品説明。 リライトカードを提出してください 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 便意があるときは看護師にお知らせください。 ご家族の面会時は線量計を装着していただきます。看護師にご連絡ください。 治療後は放射線管理区域となっていますので、許可があるまで病室の外には出ないで下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿が出ますが数日で消失します。 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。 水分を1日1000ml/日飲んでください。 <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"> 次回外来予約票を渡します。 治療カードを医師からお渡しいたします。 脱落線源対処方法について説明いたします。

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()