

Space OAR留置 入院診療計画書

推定される入院期間は、2日間です

病名・症状: 前立腺癌

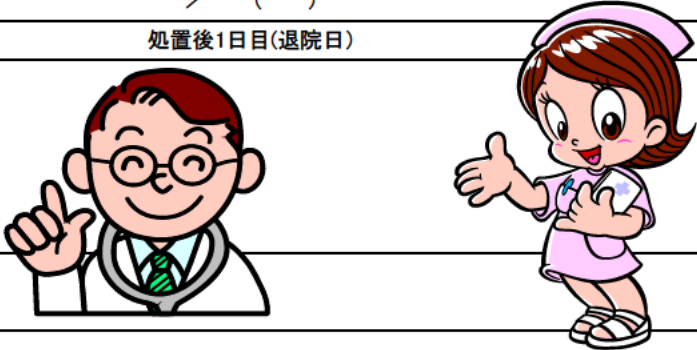
入院目的 治療目的

泌尿器科(8西)病棟()号室

患者氏名

手術内容及び日程 Space OAR留置術

特別な栄養管理の必要性 有・無

| 経過 | 入院日(処置前) | 処置後 | 処置後1日目(退院日) |
|-----------------------------|--|---|--|
| 薬剤検査処置 | <ul style="list-style-type: none"> 服用中の薬・中止薬を薬剤師が確認します アレルギーがある場合はお知らせ下さい 検査前に点滴を行います 検査1~2時間前に抗生剤の内服をします 検査は処置室で行います | <ul style="list-style-type: none"> 点滴が終了したら抜きます 穿刺部のガーゼを19時頃除去します |  |
| 活動・安静 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません | <ul style="list-style-type: none"> 検査後2時間はベッド上で安静にしてください 安静解除後は歩行できます | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません | | |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません | <ul style="list-style-type: none"> シャワーができます (入浴は退院翌日からできます) | |
| 排泄 | | | <ul style="list-style-type: none"> 血尿や血便があった場合には報告してください |
| 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"> 医師から検査説明があります(11時半 頃) 入院診療計画書を渡します 看護師が病棟内の説明を行います リストバンドを装着させていただきます 貴重品は御自身で保管してください 検査の同意書を提出してください | <ul style="list-style-type: none"> 痛みの対処方法について説明します 排便コントロールについて説明します | <ul style="list-style-type: none"> お忘れ物がないようにしてください 次回外来予約表を渡します 退院後の注意点・緊急連絡先について説明します 心配なことがあれば看護師にお尋ねください |

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。

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

主治医以外の担当者署名 _____

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()