

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： 前立腺癌

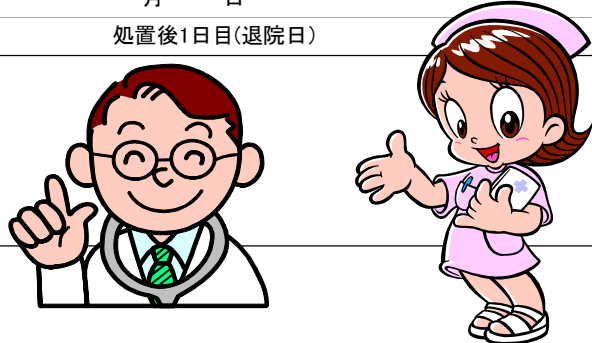

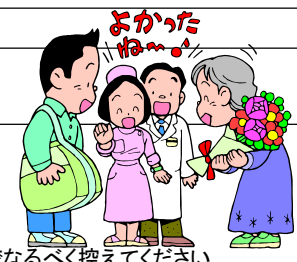
症状:

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	月 日 入院日(処置前)	処置後	月 日 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時間前に抗生剤の内服をします ・検査は放射線治療室で処置を行います 	<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 治療室には車椅子で移動します 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査後2時間はベッド上で起き上がらずに寝た状態で安静にしてください ・安静解除後は歩行できます 	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・昼欠食です 		
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"> ・制限はありません 		<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 ・リライトカード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 ・心配なことがあれば看護師にお尋ねください ・陰部への強い刺激のある自転車やバイクは次回外来までなるべく控えてください
		<p>← 退院後の生活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ください</p>	<p>→</p>

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 _____

説明看護師氏名 _____

主治医以外の担当者氏名 _____

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()