

ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 入院診療計画書

説明年月日: 年 月 日

推定される入院期間は 10 ~ 14日間です

泌尿器科(8西)病棟

患者さま氏名

病名 :

症状 :

病室 ()号室

入院目的 : 手術目的

手術内容 : ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

	入院～手術前日		術当日	
	年	月 日 ~ 月 日	月	日
			術前	術後
処置	<入院後> ・リストバンドを装着します ・2回/日の検温があります ・アレルギーの確認をします <手術前日> ・お臍の処置を行います ・必要物品の確認を行います ・マグコロール(腸内をきれいにする水薬)を1800ml飲みます ・夕方に点滴を行います (処置内容は個人差がありますので上記の限りではありません)		・洗腸をします ・弾性ストッキングを履きます ・看護師と共に手術室へ行きます (術前に点滴をする場合もあります) 	・状況に応じて血圧・体温等の測定をします ・酸素を投与します ・尿やドレーンの計測を行います ・疼痛や尿管の違和感などを確認します (状況により薬剤を使用します)
検査	手術に必要な検査(採血・レントゲンなど)を行います			・採血・レントゲンがあります
薬剤	<入院時> ・持参薬の確認と薬剤師による服薬指導があります <手術前日> ・医師が指示した薬を飲みます		・医師の指示した薬を飲みます (内服がない場合もあります)	・点滴を持続的にを行います
安静度	特に制限はありません			ベッド上安静です
排泄	特に制限はありません			・尿道に管が入った状態です ・安静のため排便はベッド上です
清潔	入浴できます(手術の前日は必ず入浴・洗髪をしてください)			・洗面タオルをお渡します
食事	・入院後は病院食をお召しあがりください ・手術前日昼または夕方から、医師の指示に従って絶飲食となります			・絶飲食です
説明・指導・書類確認、その他リハビリテーションなどの計画	<入院時> ・看護師から病棟案内、入院生活の説明があります ・看護師から手術までの流れ、必要物品の説明があります ・医師から手術前の説明を行います(/ 、 時ごろ～) <手術前日> ・手術に必要な書類(同意書)を提出してください・・・印鑑・署名を忘れずに記入してください ・麻酔科医の訪問があります ・手術室の看護師の訪問があります			 ・手術の経過については、主治医が説明します

	術後1日目 月 日	術後2日目～6日目 月 日 ～ 月 日	術後7日目～退院 月 日 ～ 月 日
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・状況に応じて血圧・体温を測定します ・呼吸状態により酸素の投与がなくなります ・創の状態を確認します(術後3日目に創部のテープを除去します) ・量や色に注意して尿・ドレーンの計測をします ・尿の管やドレーンが抜けます(術後2日目以降): 抜去期間には個人差があります ・疼痛や尿の管の違和感などを確認します ・歩行が可能になれば弾性ストッキングを脱ぎます 		<ul style="list-style-type: none"> ・2回/日検温をします 
検査	レントゲン撮影・採血があります	状況により採血・採尿・レントゲン撮影があります	
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴を持続的に行います(点滴が終了する時期は個人差があります。食事が食べれていたら術後3日目で点滴終了。) ・病状を見ながら必要な内服薬が再開になります(内服再開時期は個人差があります) 		
安静度	看護師介助のもと座位、立位、歩行ができます	無理のない範囲で体を動かしてください	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・尿道の管が入っています ・排便時はあまり腹圧をかけないようにしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・2日目以降、問題なく歩行ができていれば尿道の管を抜きます。 	
清潔	看護師が体を拭きます	ドレーンを抜いた後、傷の状態をみてシャワーが可能となります	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・朝から飲水が開始となります ・術後2日目の昼から食事摂取を開始します (食事の開始時期・種類は主治医・看護師から説明があります)		
説明・指導・書類確認、その他リハビリテーションなどの計画	<ul style="list-style-type: none"> ・尿道の管が入っている時は尿の袋を腰より上に持ち上げないでください(尿が膀胱に逆流し、感染する危険性があります) ・飲水は1000ml/日を目安にしましょう ・低血糖や低血圧に注意し、症状があればすぐにナースコールをしてください 		← 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下さい →

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。その場合には再度御説明致します。

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()