

# 入院診療計画書 シヤント手術を受けられる方へ

ご説明年月日: H 年 月 日 患者氏名: 病棟: 号室:

病名: 入院目的: 症状:

手術内容: 推定される入院期間: 約 (日・週・月間) 特別な栄養管理の必要性: 有・無

説明医師署名: 受持看護師名: その他担当者名:

経過	前日までに	手術前日 月 日( )	手術当日 月 日( )	術後1日 月 日( )	術後2~3日	術後4日 月 日( )	術後5~6日	術後7日 月 日( )	術後( )日	術後( )日 月 日( )
治療・処置	飲んでいる薬を確認 します 抗凝固薬・抗血小板 薬を中止することがあ ります 手術を受ける腕では 採血・注射および血圧 測定をしません (血管を傷めないよう にします)	手術部位の除毛をし ます 必要に応じ爪切り、マ ニキュアの除去をしま す 固定具の長さを合わ せませす	まず手を洗います  時計・アクセサリ・入れ歯・眼 鏡・コンタクトレンズははずし ていただきます 点滴の針を入れます 緊張をとる筋肉注射をします  抗生剤の点滴をします	ガーゼ交換   抗生剤の点滴をします	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	抜糸します  * 抜糸の時期は傷の 状態によって前後しま す
検査	血液検査 血液型 出血検査  レントゲン 心電図 抗生剤皮内テスト		車椅子で手術室へ行きます  手術後は医師や看護師が聴 診器でシヤントの音を聞きま	血液検査						
食事	透析 度 kcal 病院食以外のものを 食べるときは主治医 の許可を得てください		手術直前は絶食です							→
安静	制限ありません	→	手術後、腕に固定具をします (手首を深く曲げないようにす るためです) 腕を高くして寝ます (腫れ・出血を防ぐためです)	→	寝るときだけ固定具をし ます	寝るときだけ固定具をし ます	→	固定具はいりません		
清潔	入浴できます	→	入浴できません	体を拭きます (入浴できません)	→	体を拭きます	シャワー浴ができます	→		翌日から入浴できます
説明・指 導、 その他(リ ハビリテー ション等の 計画)	入院診療計画書をお 渡します 病棟オリエンテーシ ョンがあります  手術の必要性・合併 症について医師より 説明があります シヤントの管理につ いて看護師より説明が あります	同意書をいただきま す 術前オリエンテーシ ョンがあります					スリルの確認方法に ついて シヤントの保護につ いて			異常時の対処法につ いて 退院される方には、退 院療養計画書をお渡 しします
メモ	身体障害者および特 定疾病療養の申請を することがあります 透析に関する医療費 の減免については医 療社会福祉部で相談 できます						ご希望があれば透析 室を見学できます	必要に応じて退院前 に食事指導を受けて いただきます		

注1)この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わります。その場合は再度説明いたします。  
注2)入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記のとおり説明を受けました。 H 年 月 日

患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄
--------	-----------	--------