

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()病棟()号室

推定される入院期間 4日

病名・症状

患者さま氏名

入院目的

特別な栄養管理の必要性 有・無

月 日 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・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・採尿を行いません。 ・医師の指示のもと、下剤を飲みます。 	<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、ディスポパンツ、弾性ストッキングを着用します。 ・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せん。 ・帰室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"> ・点滴の針を抜去します。 ・脱落線源に気付いたら看護師にお知らせください。 ・6時、10時、19時に体温・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てから、CT検査に行ってください。(呼び出しがあります) 
活動・安静	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> ・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"> ・尿を専用容器に溜めて下さい。 		<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。 	<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。 	<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1500ml以上飲んでください。 	<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。 ・緊急連絡先をお知らせします。 

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。

主治医署名 _____ 主治医以外の担当者署名 _____

説明看護師署名 _____

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()