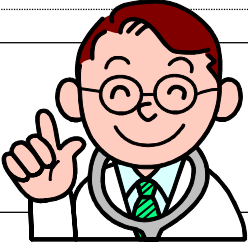

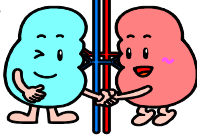



# 移植腎生検入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

推定される入院期間は 3日間です

 泌尿器 ( 8西 )病棟 患者様氏名 病名 : 腎移植後拒絶反応疑い 症状 :  
 病室 ( )号室 入院目的 : 精査目的 手術内容及び日程 : 移植腎生検 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

月 日 経 過	/ 入院日(生検前)	/ 生検日	/ 生検後1日目(退院日)
薬剤・検査・処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在服用中の薬・中止薬を薬剤師が確認します</li> <li>薬のアレルギーがある場合はお知らせ下さい</li> <li>入院中は、免疫抑制剤を7時と19時に内服します。机の上に準備して頂き、看護師が薬剤と量を確認してから内服してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>免疫抑制剤の血中濃度測定をします(7時から11時まで1時間ごとに採血します)</li> <li>検査は処置室で行います</li> <li>穿刺部分を翌朝までガーゼで強く圧迫します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>圧迫ガーゼを除去します</li> <li>医師が腎臓のエコー検査を行います</li> </ul> 
活動・安静	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査前制限はありません。</li> <li>検査後3時間はベッド上で安静にしてください</li> <li>安静解除後は歩行できます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生検前制限はありません(生検後シャワー不可)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーができます</li> <li>入浴については主治医にお尋ね下さい</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時から翌日まで24時間尿を袋に溜めてください(蓄尿)</li> <li>また検査後は尿の色に注意してください(尿の色が赤い時は看護師に知らせましょう)</li> </ul>		
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"> <li>検査説明と入院診療計画書をお渡します</li> <li>看護師が過去の御病気・症状について伺います</li> <li>看護師が病棟内の説明を行います</li> <li>リストバンドを装着させていただきます</li> <li>貴重品は御自身で保管してください</li> <li>医師からの説明があります( 時頃)</li> <li>検査の同意書を提出してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みの対処方法について説明します</li> <li>水分を十分に摂ってください</li> <li>尿の性状について説明します</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>次回受診日を説明します(このとき検査結果を説明します)</li> <li>リストバンドを外します</li> <li>心配なことがあれば看護師にお尋ねください</li> <li>お忘れ物がないようにしてください</li> </ul> 
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 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( )