

## 尿管鏡生検術(午前) 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 4 日～ 5 日間です

泌尿器科( 8西 )病棟 患者さま氏名 \_\_\_\_\_  
( )号室 入院目的 \_\_\_\_\_病名・症状 \_\_\_\_\_  
手術内容 \_\_\_\_\_ 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

	入院～手術前日		手術当日	
	月 日( ) ~	月 日( )	月 日( ) ~	月 日( )
			手術前	術後
処置・観察	<入院後> ・リストバンドを装着します ・2～3回/日の検温があります  <手術前日> ・必要物品の確認を行います (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)		・朝に浣腸をします ・手術着に着替えます ・手術室へ看護師と共にいきます	・病棟に帰室します ・定期的に血圧・体温等の測定をします ・酸素の投与をします ・定期的に尿の流出量を測定を行います  (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			
薬剤	<入院時> ・内服中の薬剤、薬剤アレルギーの確認を薬剤師・看護師が行います <手術前日> ・午後に便を出すために薬剤を飲みます (内服時間などの詳細は手術前日にお知らせします)		・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	・制限はありません			・尿道に管が入った状態です ・排便は安静時はベッド上です
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します
食事	・入院後は病院食をお召し上がりください ・手術前日から当日は医師の指示に従って絶飲食となります。 (絶飲食については手術前日に詳細を説明します)			・絶飲食です ・夕食より開始です(ベッド上で食事となります)
説明・指導 書類確認、その他(リハビリテーション等の計画)	・病棟案内、入院生活の説明があります ・医師より手術前の説明があります( / ) 時頃から <手術前日> ・麻酔科医師の訪室があります ・手術室看護師の訪室があります ・看護師より必要物品、手術までの流れについて説明します ・手術に必要な書類(同意書)を提出してください			・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 月 日( )	術後3日目 ~ 退院日 月 日( ) ~ 月 日( )
処置・観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に血圧・体温を測定します</li> <li>尿量を確認します</li> <li>尿道の管が入っています。抜去後は制限ありません。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に血圧・体温を測定します</li> <li>尿量を確認します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に血圧・体温を測定します</li> </ul>
検査	・状況に応じてレントゲン、採血があります		
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴は終了です</li> <li>状況に応じて他の内服薬を開始します</li> </ul> 		
安静度	・看護師と共に歩行訓練を行います	・無理のない範囲で身体を動かしてください	
排泄		・制限はありません	
清潔	・シャワーが可能です	・シャワーが可能です	
食事	・制限はありません	・制限はありません	・制限はありません
説明・指導、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿の管が入っているときは尿の袋を臍より上にもちあげないでください(尿が膀胱に逆流し、感染する危険性があります)</li> <li>水分制限がなくなったら飲水は1000ml/日以上を目安にしましょう</li> <li>困った事があれば看護師・主治医に尋ねてください</li> </ul> 		<p>&lt;退院後の生活の注意点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1000ml/日以上以上の飲水を心がけ、規則正しい生活を送ってください</li> <li>38度以上の持続する発熱、血尿の増強があれば外来受診してください</li> </ul>

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。



上記の通り説明を受けました。

主治医署名 \_\_\_\_\_

同意年月日:      年      月      日

主治医以外の担当者署名 \_\_\_\_\_

患者本人署名 \_\_\_\_\_

説明看護師署名 \_\_\_\_\_

親族又は代理人署名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄(      )