

全身麻酔下・腰椎麻酔下 前立腺生検 入院診療計画書

説明年月日： 年 月 日


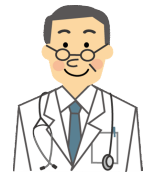
推定される入院期間は 3 ～ 4 日間です




泌尿器科(8西)病棟 患者さま氏名

病名： 前立腺がん疑い 症状：

病室 ()号室 入院目的： 手術目的

手術内容： 前立腺生検 特別な栄養管理の必要性 有・無

	入院日(検査前日)		検査当日	
	月	日	月	日
			検査前	検査後
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 ・必要物品の確認を行います		・経口補水液を飲みます(時間は別紙参照) ・検査着に着替え、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	・病室へ帰室またはHCUに入室します ・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 ・定期的に尿から流出量の測定を行います ・疼痛や尿の管の不快感などを確認します(状況により薬剤を使用することができます) ・19時頃に圧迫ガーゼを除去します
検査				
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		・医師の指示した薬を飲みます(内服が不要の場合もあります)	・点滴を持続的に行います 
安静度	・特に制限はありません		・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		・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	・検査の前日は必ず入浴・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 ・検査前日の当日は医師の指示に従って絶飲食となります(絶飲食の開始時間については別途、説明します)		・絶飲食です	・検査後3時間は絶飲食です ・その後お腹の様子を見て飲水が可能となります
説明指導書類、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 <検査前日> ・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 ・検査に必要な書類(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

	検査後1日目	検査後2日目 ~ 退院日
	月 日	月 日
	<ul style="list-style-type: none"> ・2～3回/日検温をします ・尿の流出量を確認します ・疼痛や尿の管の違和感など確認します(状況により薬剤を使用します) 	1～2回/日検温をします
検査	・採血をする場合があります	
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が終了したら針を抜きます ・内服薬の服用を再開します 	
安静度	・看護師と共に歩行を開始し、その後は制限なしとなります	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・状況みて尿道の管を抜去します(尿量測定をお願いします) ・多少の血尿は心配ありませんが、血尿が強い時は安静にしてすぐに報告してください 	
清潔	・尿道の管が抜けた後、シャワーが可能です	入浴が可能です
食事	・朝から食事が開始になります。	
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"> ・尿道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) ・飲水は1500ml/日以上を目安にしましょう ・排便コントロールについて説明します ・退院後の注意点について説明します ・困った事があれば看護師・主治医に尋ねてください 	<p>← 退院後の生活の注意点について説明します →</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1000ml/日以上の飲水を心がけ、規則正しい生活を送ってください ・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 ・次回の外来予約表をお渡しします ・検査結果は次回の外来でお聞きください ・リストバンドを外します ・陰部への強い刺激のある自転車やバイクなど次回外来までなるべく控えてください

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

上記の通り説明を受けました。

同意年月日:

年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

患者との続柄()