

患者ID:

## TAE・腎生検を受けられる方への入院診療計画書



患者氏名: 様 病棟・病室: 病名: 症状:

検査内容:TAE・腎生検 推定される入院期間: 4日 特別な栄養管理の必要性: 有・無 主治医署名:

担当看護師(自筆):

説明日時: 年 月 日 午前・午後 時 分~ 時 分

その他担当者:

| 月 日                    | /   | /  | /   | /                                 |
|------------------------|---|--|---|-----------------------------------|
| 経過(病日等)                | 入院日~検査前日  | TAE当日(入院1日後)   | 腎生検当日(入院2日後)  | 入院3日後(退院)                         |
| 達成目標                   | ・不安なく検査が受けられる<br>・検査後のイメージができる<br>・検査の準備ができる  | バイタルサインが安定している<br>安静が保てる   | バイタルサインが安定している<br>安静が保てる  | 腎機能の悪化を認めない<br>穿刺部・腎周囲の出血・血腫を認めない |
| 治療・薬剤<br>(点滴・内服)       | 自己管理されている内服薬は自己管理していただきます   | 出棟前に抗生剤の点滴をします<br>点滴(医師の指示があるまで)   |   |                                   |
| 処置                     | 点滴用の針を挿入します<br>穿刺部の除毛を行います<br> | 体温・血圧の測定をします<br>検査着に着替えます<br>入れ歯・時計・めがね・指輪を外します<br>尿の管を入れます<br>弾性ストッキングを着用します<br>検査後腹帯を装着します<br>検査後穿刺部の確認をします<br><br> | 体温・血圧の測定をします<br>検査着に着替えます<br>入れ歯・時計・めがね・指輪を外します<br>弾性ストッキングを着用します<br>検査後腹帯を装着します<br>検査後穿刺部の確認をします<br>寝衣に着替えます | 点滴の針を抜きます<br>腹帯を外します              |
| 検査                     | 採血・採尿   | 採血・TAE(大腿動脈を穿刺します)   | 採血・腎生検(腰背部を穿刺します)   | 採血・採尿                             |
| 安静度                    | 制限はありません  | 検査後医師の指示があるまでベッド上安静です  | 検査後医師の指示があるまでベッド上安静です<br>安静後、医師の指示で歩行が可能となります   |                                   |
| 食事                     | 制限はありません  | 絶食(朝・昼)<br>検査後はベッド上で食事が可能です  | 絶食(朝・昼) 検査後は食事可能です  |                                   |
| 清潔                     | 入浴・シャワー   |  |   | シャワー                              |
| 排泄                     | 制限はありません  | 尿の管をいれます   | 検査後医師の指示で尿の管を抜きます<br>その後は通常通り排泄できます   |                                   |
| 歩行                     | 転倒を起こす危険性が高いので、転倒予防のパンフレットをお読みください  | 検査後はベッド上安静となります  | 歩行可能になりましたら制限はありません   |                                   |
| 患者及びご家族への説明            | 医師より治療について説明があります   |  | 今後のことについて医師より説明があります  |                                   |
| 症状                     |   | 穿刺部や腰背部の痛みが強ければおっしゃってください  | ※退院後の生活についての質問は遠慮なくおっしゃってください   |                                   |
| その他<br>(リハビリテーション等の計画) | 治療費が高額となりますので、高額医療費制度の手続きについて職場や市役所にお問い合わせください  |  |   |                                   |

この計画書は現時点で考えられるもので、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。入院期間についても、現時点で予想されるものです。

診療計画について十分な説明をうけましたので、同意いたします。

同意年月日: 年 月 日

兵庫医科大学病院 放射線科  
2022.12.9改訂 承認番号57001-00

患者署名(自筆):

親族または代諾人署名(自筆):

続柄( )