

肺ラジオ波を受けられる方への入院診療計画書



患者ID: _____ 患者氏名 _____ 様

病棟・病室: _____

病名: _____ 症状: _____

主治医名: _____

手術内容: _____ 入院期間: 7日

担当看護師名: _____

説明日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 特別な栄養管理の必要性 有・無

その他担当者名: _____

月 日	/	/	/	/	/	/ ~ /	/
経過(病日等)	入院日～手術前日	手術当日(手術前)	手術後	1日目	2日目	3日～6日目	退院
達成目標	・不安なく手術が受けられる ・手術後のイメージができる ・手術の準備ができる		・創からの出血や痛みがない ・創部の安静を保つことができる ・胸の痛みがなく、息が苦しくない	創の感染 (発赤・熱感・腫れ)がない			→
治療・薬剤 (点滴・内服)	自己管理されている内服薬 は自己管理して頂きます	出棟前に抗生剤の点滴をします 点滴 (医師の指示があるまで)					→
処置		体温・血圧の測定をします 検査着に着替えます 入れ歯・時計・めがね・指輪を外します 尿の管を入れます 弾性ストッキングを着用し ます	体温・血圧の測定をします 穿刺部の観察をします 	医師が創部の処置をします 寝衣に着替えます 尿の管を抜きます 看護師と共に初回の歩行 を行います。			
検査		アブレーション治療	胸部レントゲン/採血	胸部レントゲン/採血	胸部CT	採血	
安静度	制限はありません		ベッド上安静 ※食事時のみ座位可能です	安静解除後病棟内を歩行 できます	病院内を歩行できます		
食事	制限はありません	絶食 (朝・昼)	※治療後、可能です (体位に制限があります)		CT前欠食		
清潔	入浴・シャワー			安静解除後、シャワー可能	シャワー		
排泄	制限はありません	尿の管を入れます	車いすで移動します	トイレ歩行ができます			
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下さい						
患者様及び ご家族への説明	医師より治療について説明 があります	治療が終了するまでは家族の方に 待機して頂きます		薬について薬剤師より説明 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			傷の痛みが強ければ遠慮なく おっしゃってください。				
その他(リハビリ テーション等の 計画)	※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。						

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受けましたので、同意いたします。

放射線科2026.1作成 承認番号: 57005-00

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者本人署名(自筆)

親族又は代諾人署名(自筆)

患者との続柄(_____)