

# 腎LipTAI+腎ラジオ波+生検、腎LipTAI+腎ラジオ波、腎LipTAI+腎凍結治療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 無 ・ 有⇒( \_\_\_\_\_ )

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                      | 手術当日(手術前)   | 手術後                              |                |
| 達成目標               | ・不安なく手術が受けられる<br>・手術後のイメージができる<br>・手術の準備ができる                                      |   | ・創からの出血や痛みがない<br>・創部の安静を保つことができる  | 創の感染<br>(発赤・熱感・腫れ)がない    |   | ・創からの出血や痛みがない<br>・創部の安静を保つことができる |                |
| 治療・薬剤<br>(点滴・内服)   | ・通常使用されている薬の確認をさせていただきます<br>・自己管理されている内服薬は自己管理して頂きます<br>・下剤の服用があります               | 出棟前に抗生剤の点滴をします<br><br>点滴 (医師の指示があるまで)   |  | 下剤の服用があります               | 出棟前に抗生剤の点滴をします  | →                                |                |
| 処置                 |  | 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       | 体温・血圧の測定をします<br>穿刺部の観察をします  | 医師が創部の処置をします<br>寝衣に着替えます | 弾性ストッキングを着用します<br>入れ歯・時計・めがね・指輪を外します  |                                  |                |
| 検査                 |   | 放射線治療   |   | 採血                       | 放射線治療   | 治療後採血                            | 翌日CT検査があります    |
| 安静度                | 制限はありません  |   | ベッド上安静  | 安静解除後病棟内を歩行できます          | 治療後ベッド上安静   |                                  | 安静解除後病棟歩行ができます |
| 食事                 | 制限はありません  | 絶食 (朝・昼)  | ※治療後、可能です   |                          | 絶食 (朝・昼)  | 治療後可能です                          | CT前絶食          |
| 清潔                 | 入浴・シャワー   |   |   | 安静解除後、シャワー可能             |   |                                  | 安静解除後シャワー      |
| 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。

兵庫医科大学病院 放射線科 2026.3.27作成  
承認番号: 57006-00

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( \_\_\_\_\_ )