

患者ID 生年月日 性別 病棟 病室

### 入院診療計画書 シヤント造設術

ご説明年月日: 年 月 日 患者氏名: 様 特別な栄養管理の必要性: 無・有⇒( )

病名: 症状: 入院目的:

手術内容: 推定される入院期間: 約 (日・週・月間)

説明医師署名: 受持看護師名:

主治医以外の担当者名:

経過	入院日～手術前日( )	手術当日( / )	術後1日( / )	術後2, 3日目( / )	術後4日目( / )
治療 処置	通常使用されている薬の確認をさせていただきます。	・検査着を着用します。時計、アクセサリ、入れ歯、メガネ、コンタクトレンズは外してください。 ・点滴の針を入れます。 ・手術前に抗生剤の点滴をします。 ・出棟時に、緊張をとる筋肉注射をします。	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換 2～3週間で抜糸です。
検査	血液検査、レントゲン検査、心電図検査を行います。	・車椅子で手術室へ行きます。 ・手術後は、医師や看護師が聴診器でシヤントの音をききます。	血液検査		
安静	制限ありません。	・手術後、腕に固定具をします。(手首を深く曲げないようにするためです) ・腕を高くて寝ます。(腫れ・出血予防)	腕の固定具装着	寝るときだけ固定具をします。	寝るときだけ固定具をします。
清潔	入浴できます。	入浴できません。	体を拭きます。(入浴不可)		体を拭きます。 シャワー開始日は医師から説明があります。
説明 指導 その他 (リハビリ テーショ ン等の計 画)	・入院診療計画書をお渡しします。 ・病棟オリエンテーション、手術オリエンテーションがあります。 ・手術の必要性・合併症について医師より説明があります。同意書は看護師にお渡しください。 ・シヤントの管理について看護師より説明があります。 ・身体障害者および特定疾病療養の申請をすることがあります。 ・透析に関する医療費の減免については医療社会福祉部で相談できます。		<u>シヤント管理について</u> ①閉塞予防 シヤントの腕で、腕枕や時計をつけること、重いものを持つことはさけてください。 ②シヤント音、スリル確認 1日1回以上、シヤント部に指をあてて波動を確認したり、耳を当ててザーザーという音を確認しましょう。シヤントの腕をぶつけたときや圧迫した時も確認しましょう。 ③シヤント部感染予防 傷口に赤みや熱感、痛み、腫れがないか確認し、清潔に保ちましょう。 ④シヤント部出血予防 シヤント部は強い圧力で血液が流れているため、出血しやすいです。シヤントの腕での採血や血圧測定は避けましょう。 ⑤異常時の対処方法 出血した時は、清潔なハンカチ等で圧迫し、病院へ連絡してください。 赤みや熱感など感染の兆候があるときも病院へ連絡しましょう。		傷口のガーゼ交換については医師から説明があります。

注1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記のとおり説明を受けました。 年 月 日

患者本人署名 親族又は代理人署名 続柄 ( )