

# 入院診療計画書 シヤント手術を受けられる方へ

ご説明年月日: H 年 月 日 患者氏名: 病棟: 号室:

病名: 入院目的: 症状:

手術内容: 推定される入院期間: 約 (日・週・月間) 特別な栄養管理の必要性: 有・無

説明医師署名: 受持看護師名: その他担当者名:

経過	前日までに	手術前日 月 日( )	手術当日 月 日( )	術後1日 月 日( )	術後2~3日	術後4日 月 日( )	術後5~6日	術後7日 月 日( )	術後( )日	術後( )日 月 日( )
治療・処置	飲んでいる薬を確認 します 抗凝固薬・抗血小板 薬を中止することがあ ります 手術を受ける腕では 採血・注射および血圧 測定をしません (血管を傷めないよう にします)	手術部位の除毛をし ます 必要に応じ爪切り、マ ニキュアの除去をし ます 固定具の長さを合わ せませす	まず手を洗います  時計・アクセサリ・入れ歯・眼 鏡・コンタクトレンズははずし ていただきます 点滴の針を入れます 緊張をとる筋肉注射をします  抗生剤の点滴をします	ガーゼ交換   抗生剤の点滴をします	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	ガーゼ交換	抜糸します  * 抜糸の時期は傷の 状態によって前後しま す
検査	血液検査 血液型 出血検査  レントゲン 心電図 抗生剤皮内テスト		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聞きま	血液検査						
食事	透析 度 kcal 病院食以外のものを 食べるときは主治医 の許可を得てください		手術直前は絶食です							→
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) 腕を高くして寝ます (腫れ・出血を防ぐためです)	→	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	→	固定具はいりません		
清潔	入浴できます	→	入浴できません	体を拭きます (入浴できません)	→	体を拭きます	シャワー浴ができます	→		翌日から入浴できます
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 渡します 病棟オリエンテーシ 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 シヤントの管理につ いて看護師より説明が あります	同意書をいただきま す 術前オリエンテーシ ョンがあります					スリルの確認方法に ついて シヤントの保護につ いて			異常時の対処法につ いて 退院される方には、退 院療養計画書をお渡 します
メモ	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						ご希望があれば透析 室を見学できます	必要に応じて退院前 に食事指導を受けて いただきます		

注1)この計画書は現時点で考えられるものであり、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。  
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。 H 年 月 日

患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄
--------	-----------	--------