

【入院診療計画書:体外衝撃波結石破碎術を受ける患者様へ】

ID

- 【 病名: 腎尿管結石症 】 氏名 様
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士より栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させて頂いております。】
- 【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】
- 【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注:病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

経過	手術前日	当日手術前	当日手術後～退院
日時	月 日()	月 日()	★一泊入院の場合の退院日 月 日()
目標	<input type="checkbox"/> 入院・手術の流れを理解できる。 <input type="checkbox"/> 手術に対する不明点を尋ねることができる。 <input type="checkbox"/> 不安が最小限で、手術を受けることができる。		<input type="checkbox"/> 手術後の痛みが痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 尿の色が血尿スケール2以下を保つことができる。 <input type="checkbox"/> 不明な点について尋ねることができ、退院後の生活への不安が最小限である。 <input type="checkbox"/> 入院時の日常生活動作の状態での退院できる。(ADL評価<DPC>を用いて評価します)
食事	<input type="checkbox"/> 午前手術:食事は前日24時まで可。飲水は来院時間まで可。 <input type="checkbox"/> 午後手術:食事は当日7:30まで軽食可。飲水は来院時間まで可。 <input type="checkbox"/> 当日の水分は水・麦茶・アルジネートウォーターを飲んでください。		<input type="checkbox"/> 手術後1時間で飲食可です。持参した水分を飲んでください。
検査	<input type="checkbox"/> 術前に腹部のレントゲンをとります。		<input type="checkbox"/> 術後に腹部のレントゲンをとります。
治療処置	<input type="checkbox"/> 手術に備えて禁煙しましょう。	<input type="checkbox"/> パジャマに着替えます。 <input type="checkbox"/> 義歯・装飾品、湿布などは外します。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧などの測定をします。 <input type="checkbox"/> 点滴をします。	<input type="checkbox"/> 体温・血圧などを測ります。 <input type="checkbox"/> 水分摂取ができて排尿を確認後、点滴が終了したら針を抜きます。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。		<input type="checkbox"/> 手術後1時間はベッド上安静です。 <input type="checkbox"/> 初回の歩行は看護師が一緒に行います。 問題が無ければその後の歩行は自立となります。
説明指導	<input type="checkbox"/> 手術前日までに入院・手術のオリエンテーションをします。 <input type="checkbox"/> 内服に関して ・休薬() ・休止薬以外の朝の内服は必ずいつも通り飲んで下さい。() <input type="checkbox"/> 男性はひげを剃ってきて下さい。 <input type="checkbox"/> お化粧/マニキュア類はしないで下さい。 <input type="checkbox"/> 手術日は送迎もしくは公共の交通機関で来院して下さい。 <input type="checkbox"/> 手術後の車、バイク、自転車の運転はできません。		<input type="checkbox"/> 排尿を促すため水分を十分にとってください。(目安は1日2リットル程度) <input type="checkbox"/> 休止薬の再開の時期については退院時に医師より説明があります。(基本的に血液をサラサラにするお薬は尿の色が元に戻ったら再開となります) <input type="checkbox"/> 退院後、入浴の制限はありません。 <input type="checkbox"/> 次回の外来は、約2週間後～1ヶ月後です。予約表をお渡ししますのでご確認下さい。 <input type="checkbox"/> 退院後に発熱・痛み・血尿などの症状が増強した場合やご不明な点は、 泌尿器科外来 までお問い合わせ下さい。 なお、診療時間外は救急外来で対応させていただきます。



上記、入院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。	同意年月日	(西暦)	年	月	日
本人/親族	説明医師	印	説明看護師		

または代理人(続柄)

氏名

〒

郵便番号