






# 入院診療計画書

尿管ステント留置術を受けられる ( )様へ

2 部 印 刷  
1 部 : 患者ファイル  
1 部 : 患者様用

病名  年齢  生年月日:  薬剤師   
 症状  受持看護師  病棟  管理栄養士

|       | 手術前日<br>月 日   | 手術当日<br>月 日   | 術後1日目(退院)<br>月 日  |
|-------|---|---|---|
| 目標    | ☆ 手術の説明がわかる<br>☆ 手術に対する心配事や不安なことを話すことができる   | ☆ 痛いときや調子が悪いときに訴えることができる  | ☆ 退院後の注意事項や生活が理解できる   |
| 食事    | 入院時より食事が出ます<br>  | 手術当日は絶食になります  | 朝から食事が出ます   |
| 安静    | 自由です  | 手術前には特に制限はありません<br>手術後はトイレへ行く場合以外はベッド上安静となります   | 自由です  |
| 清潔    | 入浴・シャワー浴をすることができます<br>  |   | 看護師が身体を拭くお手伝いをします<br>  |
| 排泄    | 制限はありません  |   |   |
| 治療・処置 | 患者様の確認のためにリストバンドを装着します  | 手術は <input type="text"/> : <input type="text"/> からの予定です<br>手術着に着替えます  |   |
| 薬     | 現在飲んでいるお薬は主治医の指示により、中止になる場合があります  | 点滴を行います<br>手術後に抗生剤の点滴を行います<br> | 問題が無ければ朝抗生剤を投与後に点滴を抜去します<br>医師の指示により中止されたお薬が再開となる場合があります<br> |
| 教育指導  | 医師が手術について説明します<br><br>医師の説明を理解し、同意して頂ける場合は手術同意書に署名して頂き、看護師に渡してください                                     |   | 退院後の注意点<br>・ 水分をしっかり摂るようにしてください<br>・ かかりつけ医又は当院の泌尿器科の外来通院を継続してください<br>・ 尿に濃い血液が混じる又は高い熱が出るなどの症状があれば医療機関を受診して下さい                                   |
| その他   |   |   |    |

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

※ 特別な栄養管理の必要性

有 主治医  無 私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。  
印 又は署名

- ◇総合的な機能評価◇  評価対象外
- ・ 日常生活動作  問題なし  要経過観察
  - ・ 認知機能  問題なし  要経過観察
  - ・ 意欲  問題なし  要経過観察

年  月  日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄 )