







入院診療計画書

内シャント拡張術を受けられる ()様へ

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	手術当日	1日目	2日目
	月 日	月 日	月 日	月 日
目標	☆ 手術の説明がわかる ☆ 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 手術による食事の中止はありません 			
安静	自由です	手術した手を体の下に敷いたり、強く曲げたままにするのは避けてください		自由です
清潔	入浴・シャワー浴をすることができます  	手術後、抜糸まで入浴・シャワー浴はできません		
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 手術着に着替えます 手術前に点滴を開始します	毎日シャント部の状態を観察します 	
薬	現在飲んでいる薬は場合により、中止になることがあります			
教育指導	医師が手術について説明します  手術同位書に署名し、看護師に渡してください			退院後の注意点 次回受診日までは創部はそのままにしておいてください 創部が赤くなったりすれば早めに外来を受診してください
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

印
又は署名

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。

◇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)