

入院診療計画書 < 腎生検入院スケジュール >

患者様用 カテ保管用 医事課用

神戸市立西市民病院11階病棟

患者様氏名(<<ORIBP.KANJID>>)

病名()

<<DY TODAY>>

| | 入院日 | 腎生検当日(/ /) | 1日目(/ /) | 2日目(/ /) | 3日目(/ /) |
|------------------|---|---|--|---|---|
| 治療計画 | <ul style="list-style-type: none"> 主治医より腎生検に関する説明があります。 看護師が入院オリエンテーションを行います。  | <ul style="list-style-type: none"> 午前中(10時ごろ)腕に点滴をします。 点滴挿入後、必要な場合は尿道カテーテルを入れます。 13時30分頃から11階の個室で行います。  | <ul style="list-style-type: none"> 診察後、安静を解除します。 診察後、午前中に点滴を終了します。 | | <ul style="list-style-type: none"> 次回外来にて結果を説明します。 退院後の生活について説明します。 |
| 検査処置 | <ul style="list-style-type: none"> 腎生検までに以下の検査を行います 血液検査、心電図、レントゲン、畜尿 | <ul style="list-style-type: none"> 腎生検終了後、血液検査と尿検査を行います。 | <ul style="list-style-type: none"> 朝に血液検査・尿検査を行います。 | | |
| 検温 血圧測定 など | <ul style="list-style-type: none"> 入院時に一度検温・血圧測定を行います。(状態に応じて変わることもあります) | <ul style="list-style-type: none"> 腎生検終了後、2時間後、6時間後に検温・血圧測定を行います。(状態に応じて変わることもあります) | | <ul style="list-style-type: none"> 一日2回検温・血圧測定を行います。(状態に応じて変わることもあります) |  |
| 安静度 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 | <ul style="list-style-type: none"> 腎生検終了後、出血を防止するため、仰向けで安静にさせていただきます。 2時間後に背中に圧迫してあるおもりを外します。 翌朝までできるだけ仰向けで安静にさせていただきます。 | <ul style="list-style-type: none"> 朝(9時頃)に医師の診察が終了後、安静が解除となります。 1日目 トイレ歩行程度で安静に。 | <ul style="list-style-type: none"> 2日目 病院内であれば、制限ありません | <ul style="list-style-type: none"> 3日目 激しい運動は避けて下さい。 |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 | <ul style="list-style-type: none"> 昼食は絶食になります。飲み物も控えてください。 腎生検終了後、飲み物は飲めます。食事は夕食から可能です。寝たまま食べていただきます。 | | | |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> 前日に入浴またはシャワー浴をしましょう | <ul style="list-style-type: none"> 腎生検終了後は入浴はできません。 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師が体を拭きます。 | | <ul style="list-style-type: none"> シャワー浴ができます |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 | <ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルが入っていない場合は、尿器を使用していただきます。排便は床上で行っていただきます。 | <ul style="list-style-type: none"> 安静解除になれば、尿道カテーテルを抜くことができます。排尿のたびに尿コップで尿量を測っていただきます。 | |  |
| オリエンテーション | <ul style="list-style-type: none"> フラットのオムツを準備していただきます。 | <ul style="list-style-type: none"> 腰痛や痛み、吐き気、冷や汗がある場合は我慢せず、看護師にお知らせください | | | |

注)上記内容については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性があります。

特別な栄養管理の必要性 有 無

主治医 <<ORDCT.S.M>> 印 看護師 <<ORDCT.N.M>> 印

上記計画について、十分説明を受け納得しました。

患者御署名

代理御署名