



主治医：_____

主治医以外の担当者

薬剤科 _____ 栄養科 _____

患者氏名： _____ さま 病名/症状：シャント狭窄 _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数2～3日】

日付	月 日		月 日
経過	PTA前	PTA後	翌日（退院日）
検査 処置 治療	血管エコー、血管造影の検査があります 車いすで心臓カテーテル室にご案内します	医師の診察があります 	治療翌日は当院で透析治療します 退院日は医師の診察後当日か翌日に決定します
点滴 内服薬	点滴を行います 常用薬とお薬手帳を持参してください 持参されたお薬を確認後、内服します 	治療後は点滴は終了です	
清潔	制限はありません		
排泄	制限はありません		
安静度	制限はありません		
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療食となります 		
説明 指導	点滴開始前に手術着に着替えます	治療終了後にパジャマに着替えます	
その他	入院時持参していただく書類を準備してください <input type="checkbox"/> 入院誓約書 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> テレビ申し込み書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 内服手帳 <input type="checkbox"/> 透析クリニックからの書類 (当院以外で透析されている方)		退院療養計画書 再診の予約票をお渡しします 次回再診日をご確認ください 退院後の生活の説明をします
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます		説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。 本人またはご家族： _____

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により
予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。