





患者氏名： _____ さま 病名/症状： シャント狭窄 その他(_____) 薬剤科 _____ 栄養科 _____

○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 5日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	入院日	手術当日（手術前）	手術当日（手術後）	術後1日目以降～	退院日
検査 処置 治療		手術着に着替えて手術室に行きます			
点滴 内服薬	抗生剤の投与がある場合があります (投与の有無・投与量・投与期間は主治医 が決定します) 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し医師の指示のも と飲んでいただきます	手術室内にて点滴の針を入れます 手術中、抗生剤の投与をします 		抗生剤の投与がある場合があります (投与の有無・投与量・投与期間は 主治医が決定します) 	
清潔	制限はありません	ご希望される場合は、清拭をします 手術前のシャワー浴も可能です (AM中)		ご希望される場合は、清拭をします 下半身浴、洗髪は可能です	
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"/>	治療食をお出しします	昼食は食べられません 朝・夕食は食べられます	治療食をお出しします		
説明 指導	担当医より入院治療計画について説 明があります。 看護師より術前オリエンテーショ ンがあります。			シャントの管理等について説明があ ります 	退院前に今後の抜糸予定について説 明があります
その他	手術予定の腕は血圧測定や採血が出 来ません(禁止です) 以下の書類を提出していただきます <input type="checkbox"/> 入院誓約書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 手術同意書	→	シャントを造った腕は血圧測定や採 血が出来ません(禁止です) 重いものを持ちたり腕枕も控えて下 さい	→	退院療養計画書 再診の予票をお渡しします 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。