

患者氏名： _____ さま

病名/症状： 慢性腎不全 _____

○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 4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） | 手術後1日目 | 手術後2日目（退院日） |
| 手術 処置 治療 |  | 手術前に手術着、T時帯に着替えていただきます | 心電図モニターを装着します 酸素マスクを装着します 足の血栓予防の機械を使用します 帰室時とその後4時間毎に検温を行います 創部の状態を観察します | 早朝、採血を行います 医師の診察後、心電図モニター、酸素マスク、足の血栓予防の機械を外します |  |
| 点滴 内服薬 | 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、医師の指示のもと内服していただきます  | 朝の内服の制限がある場合があります 昼と夕の内服は服用しません 午前中より点滴をおこないます | 医師の診察後、点滴終了となります | 朝から通常通り内服します | |
| 清潔 | シャワー浴ができます | シャワー浴はできません ご希望される場合は清拭をおこないます |  | シャワー浴ができます | |
| 排泄 | | | 翌朝までベッド上安静となります 尿器で排泄していただきます | 医師の診察後、トイレへ行けます 最初の歩行は看護師と一緒に付き添います | |
| 安静度 | |  | 翌朝までベッド上安静となります  | 医師の診察後、自由となります | |
| 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 21時より絶食となります  | 朝食より食止めとなります 7:00より飲水ができません  | 朝より治療食が開始となります  |  | |
| 説明 指導 | 看護師より術前オリエンテーションがあります | | | | 自宅での創部の管理について説明します |
| その他 | 下記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 準備が必要な物 <input type="checkbox"/> T時帯(売店で購入できます) | | | | 退院療養計画書 次回外来日の説明をおこないます |
| 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。 |

○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。 本人またはご家族： _____