

# 入院診療計画書 疾患名(バスキューラアクセス機能不全)経皮的シャント拡張術を受けられる

様へ

| 月日   | 5月2日   |  | 5月3日  |
|------|--|--|---|
|      | 入院(術前)   | 術後   | 退院  |
| 治療処置 | ( )時 点滴を始めます。   | 点滴は医師の指示で終了します。       |   |
|      | ( )時 手術室で手術をします。   | 術後は、車椅子で病棟に戻ります。      |   |
| 薬    | お薬は、いつも通り服用してください。   | 痛みがあるときは、鎮痛剤をお渡しします。  | お薬は、いつも通り服用してください。  |
|      | ( ) 術前のお薬を飲みます。  | 血圧が低い時は、お薬をお渡しします。    | 痛みや血圧により、お薬をお渡しします。   |
| 食事   | 昼食は食べられません。  | 帰室後から、お水は飲みます。        | 透析食1600カロリー   |
|      | お水は飲みます。   | 夕食から食べられます。           |   |
| 安静   | 自由にお過ごしください。   | 病棟内で自由にお過ごしください。   | 病棟内で自由にお過ごしください。  |
| 清潔   | 必要に応じて身体を拭きます。   |  | 透析の前に体を拭きます。  |
| 透析   |  |  | ( )時間の透析があります。  |
| 説明   | <ul style="list-style-type: none"> <li>※入院生活について説明をします。</li> <li>※手首にネームバンドをつけます。</li> </ul>  |                     | 入院費納入通知書をお渡しします。会計終了確認後に、病室で退院の説明をします。   |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>※手術時の病衣(パジャマ)は病棟で準備します。</li> <li>※ご家族は、病棟でお待ちください。</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ネームバンドを外し、IDカードをお渡しします。</li> </ul>   |
|      |  |  | 忘れ物がないか確認します。   |

\*状況に応じて予定が変更になる場合があります。ご不明な点がありましたらお尋ねください。

VAIVT局麻当日 20180502

年 月 日

(本人・家族)

主治医

主治医以外の担当者