

# 入院診療計画書

ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

病名（他に考え得る病名） \_\_\_\_\_

手術内容及び日程 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

検査内容及び日程 予定はありません

症状 \_\_\_\_\_






入院日 \_\_\_\_\_

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

推定される入院期間 \_\_\_\_\_ 2日間

病棟（病室） \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_ 泌尿器科

治療計画	1日目		2日目
	手術前	手術後	退院日
達成目標	手術の準備ができる	痛みや発熱がない 排尿ができる	不安なく退院できる
食事	昼食は食べられません 水分の制限はありません	手術後、主治医の指示があってから食事再開となります 水分は1.5L以上摂ってください  	
薬・注射	手術前に点滴を開始します	抗菌薬の点滴後に点滴を終わります 	
処置 検査		手術後、一番最初のおしっこを看護師に みせてください	
清潔 活動	制限はありません 	肛門に力が入るようになるまで（2時間程度）は ベッド上で過ごしてください	制限はありません
説明	看護師が入院生活について説明します	尿の色が気になるときは看護師に見せてください 肛門から出血があったとき、おしっこが出にくい ときは、すぐにお知らせください	主治医診察後、退院です 再診日まで自転車やバイクには  乗らないで下さい アルコールは控えましょう
特別な栄養管理の必要性	なし	在宅復帰支援担当者名	
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	・円滑な手術への支援を行います ・身体的苦痛の緩和を行います	在宅復帰支援計画	
		総合的な機能評価	なし

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印

主治医以外の担当者名 \_\_\_\_\_

本人・家族 \_\_\_\_\_