

# 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 経皮的シャント拡張術（ \_\_\_\_\_ 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 腎臓内科

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	熱や痛みが落ちついている シャント音がきける	退院後の注意事項がわかる 不安なく退院できる 🧑🏻
食事	朝食は食べられません		病院食です
薬・注射	ふだん飲まれているお薬を確認します	点滴をします  点滴が終了したら針を抜きます	入院期間中に栄養士が食事について説明します
処置検査	手術は1階放射線部で行います 看護師が車いすでご案内します 	手術後2時間は止血のため圧迫しています 手術後3時間は30分ごとに観察します	毎日、シャント部の血流を確認しましょう
清潔活動	シャワーはできません 		特に制限はありません 
説明	入院生活・手術について説明します	痛いときや気分が悪いときはすぐにお知らせください 入院中、ご心配・ご不安がありましたら遠慮なくお話しください 	看護師が生活上の注意点について説明します シャントのある方の腕に負担をかけないよう気をつけましょう ・重いものを持つ  ・血圧を測る ・腕時計をつける ・腕枕をする ・体重を強くかけるなどは避けましょう！
特別な栄養管理の必要性	あり		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 ・自己管理にむけて生活指導を行います		在宅復帰支援計画
手術後に起こりうる症状とその際の対処	別紙の説明同意書をご参照ください 退院後、いつもと違う音や痛み、赤みがあるときは病院へ連絡してください		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 \_\_\_\_\_