


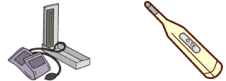


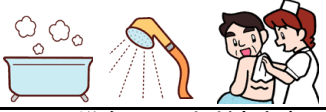





# 入院診療計画書 「腎生検を受けられる

# さんへ」 NO. 1

(病名) (症状) (説明日) 年 月 日 (ご本人・ご家族)

確認サイン

| 月日・曜日     | /  |  | /  |  |                        |
|-----------|--|--|--|--|------------------------|
| 経過        | 入院時  | 検査前日   | 手術前  | 検査当日   | 手術後                    |
| 到達目標      | 検査の必要性が理解でき、心身の準備ができる  |  |  | 検査合併症を起こさない  |                        |
| 治療処置      |  | 穿刺部付近に毛がないかを確認します。<br>必要時腰部の毛を切ります。  | 検査1時間前から左手に出血予防のための止血剤入り点滴を開始します。<br>検査開始時に抗生剤の点滴を開始します。  | 止血剤終了後点滴を抜去します。<br>寝たままで尿がでない時は尿を出す管(留置カテーテル)を入れる場合があります。<br>検査部位は厚めのガーゼを当て、テープで圧迫固定をします。                                      |                        |
| 手術        | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (術式: )   |  |  |  |                        |
| 検査        | 身長、体重を測ります。  |  |  | 腎生検後、最初の尿を検査します。   |                        |
| 薬剤服薬指導    | 日頃から服用している薬や、アレルギーがあればお知らせください。<br>服用を中止する薬があればご連絡します。   | 排便がない方は下剤を内服していただきます。<br>眠れないときは眠剤の内服ができます。  | 薬は通常通り内服していただきます。   | 腰が痛いときは痛み止めの内服ができます。<br>眠れないときは眠剤の内服ができます。  |                        |
| 全身管理      | 体温、脈拍、血圧を測ります。<br>排尿状態をうかがいます。<br>倦怠感や浮腫、腰痛などの症状を観察します。  |                      | 朝と検査前に体温・脈拍・血圧を測ります。   | 検査直後と適宜、体温、脈拍、血圧を測ります。<br>検査部の痛みや腰の重い感じがなくうかがいます。<br>尿の観察をします。   |                        |
| 食事食事指導    | 特別な栄養管理の必要性<br><input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無<br>普通食あるいは治療食となります。  | 検査後の飲水は寝たままですのでストローや薬のみを準備していただくと便利です。   | 朝食は半分食べられますが、朝食後は何も食べられません。<br>飲水は自由にできます。   | 吐き気などがなければ飲水ができます。<br>夕食食べていただきます。<br>ご飯は食べやすいようにおにぎりにします。   |                        |
| 安静度       | 制限はありません。<br>安静が必要な時は説明します。    |                     |    | 絶対安静です。<br>検査直後は腹ばいになっていただき腰におもりを乗せます。<br>1時間後に看護師の介助で仰向けになります。<br>ベッド上安静ですが21時以降は看護師の介助で背もたれを調整できます。                          | 穿刺していない方の膝は曲げることはできます。 |
| 清潔        |  | シャワー浴をしていただきます。  | パジャマ式病衣に着替えます。<br>シャツは脱いでください。                          | 夕食時に含嗽コップをお持ちします。<br>寝る前におしぼりをお持ちします。  |                        |
| 患者・家族への説明 | 主治医が入院治療計画や手術について説明します。<br>看護師が病棟を案内し、入院生活について説明をします。<br>今までにかかった病気の事や今回の病気の経過についてうかがいます。<br>治療・福祉などのご相談がある場合は、看護師か相談員にお尋ねください。  | 検査同意書をおあずかりします。<br> | 検査は( : )頃からの予定です。<br>検査室へはベッドで行きます。  | 検査後はベッドで帰ってきます。<br>翌日まではベッド上安静のまま動けませんので、用事があるときは遠慮なくナースコールを押してください。   |                        |

※ 症状により、予定と異なる場合があります。分からないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ね下さい。  
 ※ なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。  
 ( 病棟 号室) 主治医 印 担当看護師署名 担当者署名

# 入院診療計画書 「腎生検を受けられる

# さんへ」 NO. 2

(病名) (症状) (説明日) 年 月 日 (ご本人・ご家族) 確認サイン

|           |  |        |  |   |   |
|-----------|--|--------|--|---|---|
| 月日・曜日     | /  | /      | /  | /   | /   |
| 経過        | 検査後1日目   | 検査後2日目 | 検査後3日目   | 検査後4日目  | 退院時   |
| 到達目標      | 検査後合併症を起こさない   |        |  | 今後の治療や日常生活の注意点を理解できる  |   |
| 治療処置      | 主治医の診察後、腰の圧迫のテープをはずし、ガーゼを除去します。  |        | 腰のテープを除去し穿刺部に異常がないか観察します。  |   |   |
| 手術        | □無 ・ □有 (術式: )   |        |  |   |   |
| 検査        | 採血、検尿があります。<br>  |        | 検査がある時はその都度説明します →   |   |   |
| 薬剤服薬指導    |  |        | 中止薬を再開する場合はお知らせします。  |   |  薬剤師が今後の服薬について説明します。   |
| 全身管理      | 体温、脈拍、血圧を測ります。<br>検査部位の痛みや腰の重い感じがなくうかがいます。<br>検査部位の出血や皮下出血がないか観察します。   |        |   |    |  退院後は以下に注意してください<br>・血尿や尿の濁り<br>・腰の痛み<br>・発熱<br>このような症状があれば外来に連絡後指示を受けてください。 |
| 食事食事指導    | 特別な栄養管理の必要性<br>□有 ・ □無<br>朝食は看護師の介助で背もたれを起し食べていただきます。<br>昼食からは普通に食べられます。 →   |        |  |   |   |
| 安静度       | 医師の診察までは寝たままです。<br>ガーゼ除去後はトイレや洗面のみ歩行できます。<br>それ以外は安静にしておいてください。  |        | 病棟内は自由に歩行できます。<br>検査など病棟外へは車椅子でお連れします。   |     | 退院後1週間は外出を控えてください。<br>1ヶ月間は激しい運動はしないでください。  |
| 清潔        | 朝から含嗽コップとおしぼりをお持ちします。<br>看護師が体を拭きます。   |        | シャワー浴ができます。入浴ができます。 →  |   |   |
| 患者・家族への説明 | 検査部位の固定テープにより皮膚がかぶれたり剥げたりすることがあります。<br>腰を曲げたり負担のかかる動作は控えてください。<br>トイレは洋式の方が腰への負担が少ないのでご利用ください。<br>何か変わったことがあればお知らせください。<br>安静のため外出・外泊はできません。                                       |        |   |   | 退院の手続き方法や次回来院日について説明があります。<br>原則として退院は午前中にお願います(土、日は午後からになります)。   |

※ 症状により、予定と異なる場合があります。分からないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ね下さい。

※ なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。

( 病棟 号室) 主治医

印 担当看護師署名

担当者署名