

ID		患者氏名	様
----	--	------	---

## 内シャント造設術を受けられる方へ【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日 経過	年 月 日 入院	月 日		月 日 退院日	
		手術当日			
		術前	術後		
達成目標	手術について理解できる	手術について理解できる 手術前の指示が守れる	手術後の指示が守れる 術後、熱や痛み、血尿などの症状が報告できる	退院後の生活が理解できる	
検査治療処置	<input type="checkbox"/> 入院時検査 <input type="checkbox"/> 診察			<p><b>【退院基準】</b>            ①シャント造設部位の異常がない            ②疼痛の増悪がない</p> <p><b>【退院後の治療計画】</b>            シャントの状態に応じて追加治療や定期的観察を行います</p> <p><b>【指導】</b>            内服指導            退院指導</p>	
内服薬注射	<input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります		<input type="checkbox"/> 常用薬の内服は医師の指示に従ってください	<input type="checkbox"/> 常用薬の内服は医師の指示に従ってください	
活動安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<b>【退院後の生活について】</b> 発熱やシャント部の出血、熱感、腫れ、痛みが強くなった等の症状があれば外来を受診してください	
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<b>【連絡先】</b> 徳島大学病院:088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 泌尿器科外来:088-633-7157	
清潔	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> シャワー浴は控えてください		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ		
指導説明書類	<input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 検査についての説明 <input type="checkbox"/> 医師より検査、手術の説明 <input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 手術前に手術着へ更衣 	<input type="checkbox"/> 入れ歯、コンタクトレンズ、時計、指輪などの金属類、シップ、マニキュア(手足)は必ず外しておいてください 	<input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります	
リハビリ・その他					