



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。 ※何かが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	年 月 日		月 日		月 日	
経過	入院		手術当日		退院日	
			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	
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 入院時検査 <input type="checkbox"/> 診察				【退院基準】 ①シャント造設部位の異常がない ②疼痛の増悪がない	
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	
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	
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"/> 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	
			<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 			
リハビリ ・その他						