


尿管ステント交換 ～入院診療計画書～

患者ID	患者指名	生年月日	病棟	病名	
日付					
経過	外来 (ステント交換前)	手術後(ステント交換後)1日目		ステント交換2日目	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の必要性、内容が理解できる 入院中の経過が理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿がなく尿閉をきたさない 排尿時の疼痛がなく、 発熱が38.5℃以上ない 安静度が守られる 		<ul style="list-style-type: none"> 血尿がなく排尿がスムーズにできる。 排尿時の疼痛がなく 発熱38.5℃以上の発熱がない。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 手術が午前中の場合→絶飲食。 手術が午後の場合→朝食は摂取OK。 ⇒内服指示薬がある場合は少量の水分で6時に内服してください 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後2時間後から水分可 3時間後気分不良がなければ食事可能 		通常通り	
排泄	特に制限はありませんが、排泄後は清潔に保ってください	<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルを留置 (自尿があれば留置しない場合もあります) 		尿道カテーテルを抜去された後に自尿の確認を行います。	
安静	フリー	 <ul style="list-style-type: none"> ベット上安静(主治医の指示に従ってください) ★基本的に翌朝までベット上安静 	基本的に朝までベット上安静。その後はフリー		
清潔	シャワー浴やウォシュレットをして陰部の清潔に保ってください。	シャワー不可		シャワー浴可	
治療処置	<p>内服薬は主治医に必ず確認してください。 ★抗凝固薬の中止薬(期間: ~)</p>  <p>※来院後にレントゲン撮影を行います。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入室前に点滴を行います。 手術着に着替えます 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルが留置されることもあります 食事が開始になると内服も開始になります <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> 身体状態を把握するために、血圧・脈拍・体温・体内酸素量を測定したり全身の観察を行います 麻酔の覚醒状態の確認を行います。 </div> 		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ステント交換の同意書・麻酔の同意書を必ず持参してください 来院後、レントゲン検査終了後2階で待機になります。(受付の職員にて案内があります) 内服薬は持参してください (入院後当院の薬に切り替わります) 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時オリエンテーションを行います 手術前に義歯・指輪・補聴器・眼鏡や貴金 属類は外してください 	<ul style="list-style-type: none"> 術後麻酔の影響でベット上安静となります。ベットから転倒しやすい状況をとります。 38.5℃以上の発熱がある場合は解熱剤を使用します。 疼痛がある場合は痛み止めを使用します <p>退院後の生活について</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染を起こさないためにも水分を多めに摂ることを心がけましょう。 また、抗生物質などの内服薬もしっかり飲みきってください。 <p>★退院後次回外来にて次の尿管ステント交換の日程調整があるため本人に(家族含め)次回外来日を説明します。</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>心配なことや困ったことがありましたら、遠慮なくご相談ください</p>  </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>退院日のスケジュール</p> <ol style="list-style-type: none"> 10時頃、緑封筒の会計明細書が届きます。 看護師に声をかけ伝票を持ち、会計へ 会計終了後、病棟にて書類をお渡しします。 <p>退院は11時頃が目安です。</p> </div>		

特別な栄養管理の必要性: 有 無

その他(看護、リハビリテーション、薬剤等の計画)

看護計画上記参照

処方薬(内服・注射)について、薬効の説明および効果や副作用のチェックを行います。

薬剤師署名: _____

注1) 病名は、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従って変わりうるものである。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものである。

注3) あなたは説明を受け、最終的な自己決定をする権利があります。また、他の医師の説明や意見を求める権利(セカンドオピニオン)もあります。上記計画を主治医または看護師より納得いくまで説明を受け内容を承知し同意します。

西暦 年 月 日

患者署名: _____

代理人署名: _____

主治医署名: _____

担当看護師署名: _____

