

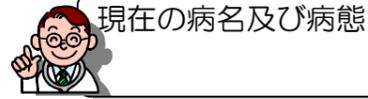
入院診療計画書 「前立腺肥大症レーザー手術」を受けられる患者様へ

入院説明日： _____

診療科：泌尿器科

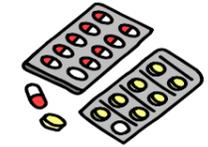
病棟： _____

様



前立腺肥大症



項目	外来	入院日 ____ 月 ____ 日	手術前日 ____ 月 ____ 日	手術当日 ____ 月 ____ 日 手術に行く前	手術当日 手術終了→集中治療室へ
目標	☆手術の目的を理解し同意している	☆手術前後の検査や処置などの流れが分かる ☆不安を表出できる ☆手術に向けての準備ができる			☆血圧・脈拍・体温が安定している ☆血尿が悪化せず尿道の管が閉塞しない ☆尿道の管の不快症状が軽減する
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 尿路レントゲン	<input type="checkbox"/> 尿検査があります 午前中に採尿して下さい 		<input type="checkbox"/> ____ 時 ____ 分からの予定です 予定時刻 30 分前に排尿を済ませお部屋でお待ち下さい	
観察項目	<input type="checkbox"/> 血尿の有無と程度 <input type="checkbox"/> 排尿障害 頻尿・残尿感など	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定 <input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈拍 <input type="checkbox"/> 入院前の生活状況や排尿状態などを伺います	<input type="checkbox"/> 10 時頃 検温があります <input type="checkbox"/> なかなか寝付けないという方は遠慮なくご相談下さい <input type="checkbox"/> 排尿に関して気になることがあればお申し出下さい	<input type="checkbox"/> 起床時と手術前に血圧・体温・脈拍測定をします 	<input type="checkbox"/> 定期的な血圧・体温・脈拍測定と尿・出血・麻酔後の足の動きを確認します <input type="checkbox"/> 腹痛やお腹が張る、おしっこしたいような感じ、安静による腰痛などあればお申し出下さい
行動		<input type="checkbox"/> 制限はありません 入浴出来ます	<input type="checkbox"/> 必ず入浴して下さい 援助が必要な方はお手伝いさせていただきます 	<input type="checkbox"/> お部屋でお待ち下さい。他の手術の都合上、手術時間が前後する可能性があります。あらかじめご了承下さい	<input type="checkbox"/> 手術後はベッド上安静です ・手術後 2 時間後寝返が出来ます ・手術後 4 時間後飲水が出来ます ・手術後 6 時間後血尿の状況を見てベッド上でのみ座ることが出来ます
食事		<input type="checkbox"/> 朝 8 時・昼 12 時・夕 6 時に看護師が配膳します <input type="checkbox"/> 常食で構いませんが治療が必要な方は医師の指示に従って下さい	<input type="checkbox"/> 夕食は通常通り食べて下さい。それ以降は絶食となります <input type="checkbox"/> 飲水は翌朝 ____ 時までです	<input type="checkbox"/> 朝 ____ 時コップ一杯のお水を飲みましょう それ以降は絶食です <input type="checkbox"/> お薬は中止です。内服の指示がある場合のみ、朝 6 時にお水で内服して下さい。	<input type="checkbox"/> 6 時間後よりお腹が空いていれば食べることができます。 午後の手術の方は、夕食は出ません 必要な方は、ご準備ください
治療処置			<input type="checkbox"/> 夕方 16～17 時の間に下剤を内服して頂きます 普段内服している下剤があれば、そちらを内服して頂きます	<input type="checkbox"/> 点滴の針を入れに 9 時頃お部屋に伺います。時間によっては手術前に点滴があります	<input type="checkbox"/> 手術中、尿道に管が入ります <input type="checkbox"/> 手術後、点滴があります 6 時間後には抗生物質の点滴があります <input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します
患者・ご家族様への説明	<input type="checkbox"/> 入院申込み <input type="checkbox"/> 手術必要物品 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 禁煙の説明をします	<input type="checkbox"/> 病棟のご案内 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書の説明をします <input type="checkbox"/> 持参薬や連絡先の確認をします <input type="checkbox"/> 手術への不安や質問がある時は声をかけて下さい	<input type="checkbox"/> 看護師より手術流れの説明や集中治療室と家族控え室のご案内を致します <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの履き方について説明します <input type="checkbox"/> 手術室担当看護師が挨拶に伺います <input type="checkbox"/> 手術必要物品の確認をします <input type="checkbox"/> 主治医・麻酔科医より、手術・麻酔について説明があります <input type="checkbox"/> 薬剤師より手術前後で使用する薬剤の説明があります	<input type="checkbox"/> 歩いて手術室へ向かいます メガネ・時計・入れ歯・指輪・補聴器などは外し、貴重品はご家族にお預け下さい 	<input type="checkbox"/> 手術後ベッドでお迎えに行きます <input type="checkbox"/> 手術後安静の確認と点滴の説明をします <input type="checkbox"/> 介助が必要な時はナースコールでお呼び下さい
注意点	◎血液をサラサラにするお薬(抗凝固剤)を飲まれている方は医師にお伝え下さい ◎日常生活について伺います	◎アレルギーなどあれば看護師にお伝え下さい ◎常用しているお薬があれば入院時にご持参下さい。中止の場合はお伝えしますので通常通り内服して下さい ◎本人確認のためリストバンドをつけます。退院時にはずします	◎必ず同意書が必要です。 主治医から説明を受けたあと、内容を理解した上で同意書にサインをして看護師に手渡して下さい	◎手術中、ご家族の方は病室かデイルームで待機して下さい。手術が終了すればお知らせします。面会の準備が整い次第、声をおかけしますのでそれまでお待ち下さい 	◎翌朝までベッドから下りられません。 一人で歩いたりされないよう御注意下さい ◎尿道の管の不快や痛みが出てくる可能性があります。痛み止めを使いますので遠慮なく声をかけて下さい ◎尿道の出血をおさえるために、手術後牽引をすることがあります

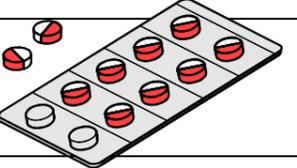
患者様氏名 _____

説明医師 _____

Ⓜ

受け持ち看護師 _____

説明看護師 _____

項目	手術後 1 日目 ____月 ____日 一般病棟へ	手術後 2 日目 ____月 ____日	手術後 3 日目 ____月 ____日	手術後 4 日目 ____月 ____日	退院日→外来へ
目標	☆血尿が和らぎ尿道の管が閉塞しない ☆尿道の管の不快感が軽減する ☆陰部を清潔に保つことができる	☆血尿が和らぎ尿道の管が閉塞しない ☆尿道の管が抜けたあとスムーズに排尿がある ☆尿量が維持でき、清潔を保つことで感染による発熱がない		☆手術結果が理解できる ☆退院後の留意点が理解できる	
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査があります				
観察項目	<input type="checkbox"/> 起床時、10時・14時・19時頃、血圧・体温・脈拍測定をします <input type="checkbox"/> 血尿の程度、尿道の管の不快感の有無 <input type="checkbox"/> 気分不良の有無を観察します	<input type="checkbox"/> 10時・14時・19時頃、血圧・体温・脈拍測定をします <input type="checkbox"/> 血尿が濃くなる、残尿感や排尿時の痛みがある、1回尿量が少なく尿の回数が多い、お腹が張った感じがある、尿漏れするなど排尿に関して気になることがあれば遠慮なくお申し出下さい	<input type="checkbox"/> 10時・19時頃、血圧・体温・脈拍測定をします <input type="checkbox"/> 排尿に関して気になることがあれば遠慮なくお申し出下さい	<input type="checkbox"/> 10時・19時頃、血圧・体温・脈拍測定をします	
行動	<input type="checkbox"/> 朝の回診後制限はありません ただし初めの歩行は看護師が付き添いますのでお部屋でお待ち下さい <input type="checkbox"/> 温タオルで身体を拭くか、シャワーが出来ますので声をおかけ下さい	<input type="checkbox"/> 制限はありません <input type="checkbox"/> 尿道の管が抜けたあとは入浴出来ます			
食事	<input type="checkbox"/> 朝食から再開です。治療食以外の方は特に制限はありません <input type="checkbox"/> 内服も再開して下さい ただし入院前から中止中のお薬は指示があるまで中止です			<input type="checkbox"/> 中止中のお薬に関しては医師の指示に従って下さい	
治療 処置	<input type="checkbox"/> 9時と16時から点滴があります。点滴部位の痛みやはれがあればお申し出下さい。発熱や血尿が無ければ点滴終了後、針を抜きます <input type="checkbox"/> 心電図モニターを除去します	<input type="checkbox"/> 尿の状況により尿道の管を抜きます 管を抜いたあと、尿量を知るために専用の機械に溜めて頂きます。排尿記録の書き方と共に説明致します発熱や血尿があれば点滴が追加されることもあります			
患者・ご家族様 への説明	<input type="checkbox"/> 水分をしっかりとりして下さい <input type="checkbox"/> 尿の袋の管理方法について説明します 出来ない場合は看護師で行います	<input type="checkbox"/> 尿道の管が抜けたあとも、引き続き水分をしっかりとりして下さい。目安は1~2リットル程度です		<input type="checkbox"/> 医師より手術結果の説明があります <input type="checkbox"/> 看護師より退院後の生活についての留意点を説明します	<input type="checkbox"/> 診察券をお返しします <input type="checkbox"/> 退院証明書をお渡しします <input type="checkbox"/> 次回外来受診日の説明をします <input type="checkbox"/> 薬剤師、もしくは看護師より退院に向けてのお薬の説明があります
注意点	◎手術後の注意点についてしっかり読んで、分からないことがあれば遠慮なくお尋ね下さい 	◎尿道の管が抜けたあと、尿意があるのになかなか尿が出ない、下腹部が張ってくるなどの症状があれば、一時的に管を入れて尿を出すなどの処置が必要なことがあります。		◎発熱や追加検査がある場合、退院が遅くなる場合がありますが、その際は主治医より説明があります	◎リストバンドをはずしません 

※ 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従って変わることがあります。

※ 注2 入院期間については現時点で予想されるものです。ご了承下さい。

※ 注3 入院時この用紙を持参して下さい。