

シャント拡張術を受けられる (当日入院)

説明医師 _____

様へ

看護師 _____

【病名： _____】 【病棟 _____】

月日	月 日			月 日
経過	入院	治療前	治療後	退院
目標	心身共に安定した状態で治療を受けられる	心身共に安定した状態で治療を受けられる	治療による合併症の出現が最小限である シャントの血流が改善する 治療後の安静が守られる 治療後の苦痛が最小限である	退院後の生活上の注意点が言える
検査				透析室で透析をします
食事	治療前のみ絶食になります	食事は治療後になります		
処置	体温・脈拍・血圧を測ります  ネームバンドを装着します	体温・脈拍・血圧を測ります 	体温・脈拍・血圧を測ります  治療後は穿刺部・シャントの観察を行います 治療後透析室に行きます	医師が創部の状態を観察します 
注射内服	持参の内服を確認します 医師の指示があれば内服は継続です 		抗生剤の点滴があります 	
行動	制限ありません 		治療後は安静にしてください  許可があれば歩行できます 	問題なければ退院です
説明	医師より治療について説明があります  看護師より入院生活について説明があります 		医師より治療の結果について説明があります  看護師より治療後の注意点について説明があります 	医師より退院後の療養について説明があります  看護師より退院後の療養生活について説明があります 

- * 入院に関して心配事がありましたらお申し出ください。
- * この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により、予定通りではないこともありますので、予めご承知ください。
- * 入院に際してこの用紙を必ずお持ちください。
- * 入院費についてはおよその概算額です。手術や検査により金額が変わります。

上記説明を受けました
平成 年 月 日
(本人・家族)

17-T82-4