

ID:

様 入院診療計画書 病名/症状( / )経皮的ラジオ波焼灼術

|                | 治療当日・治療前<br>( / )                                                                                                                        | 治療当日・治療後                                                                                                                                                                | 治療後1日目<br>( / )                                                                                    | 治療後2目(退院日)<br>( / )                                                                 |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査<br>処置       | 検査着に着替えます<br>(検査着は看護師が持ってきます)<br>治療は13:30から15:00の間です<br>治療中、ご家族は病室でお待ちください                                                               | 検査後1時間酸素のチューブと心電図を付けます<br>検査後3時間血圧測定をします                                                                                                                                | 朝、血液検査があります<br> | 退院になります(午前中)<br>穿刺部の様子を見て絆創膏を外します                                                   |
| 薬<br>注射        | 通常飲んでおられる薬を中止して頂く場合もあります<br>状況に応じ薬剤師がご説明に伺います<br>治療前、左手より点滴をします                                                                          |   |                                                                                                    |  |
| 食事             | 10時から絶食です<br>水分は摂られてかまいません<br>                          | 3時間後から食事できます<br>吐き気がある場合は無理をしないでください                                                                                                                                    | 通常通り食べられます<br>  |                                                                                     |
|                | 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 (どちらかに○)                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                     |
| 清潔             | シャワー浴できます<br>                                          |                                                                                                                                                                         | シャワー浴                                                                                              |                                                                                     |
| 活動<br>休息<br>排泄 | 制限ありません                                                                                                                                  | 徒歩もしくはストレッチャーで治療室へ行きます<br>3時間ベッドで安静です<br>安静中はベッドで排泄します<br>安静介助後はトイレ歩行できます                                                                                               | 制限ありません                                                                                            |                                                                                     |
| リハビリ           | リハビリが必要な場合は別途「総合実施計画書」を作成し、ご説明の上リハビリを開始します                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                     |
| 総合的な<br>機能評価   | 65歳以上、又は特定疾病を有する40歳から65歳未満の方は総合的な機能評価を行います                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                     |
| 看護計画           | 担当看護師が看護の計画についてご説明いたします                                                                                                                  |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                     |
| 説明<br>その他      | 医師より検査・治療について説明があります<br>看護師より入院生活・検査について説明があります<br> |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    | 異常がなければ退院です<br>状態によって退院が延びることもあります<br>看護師から退院指導があります                                |

この予定表は、患者さんの状態に応じて変わることがあります。  
何かご質問があれば看護師にお尋ねください。

主治医  
看護師 年 月 日 年 月 日

管理栄養士  
セラピスト

患者署名  
代諾者署名 年 月 日 年 月 日 (続柄)

薬剤師