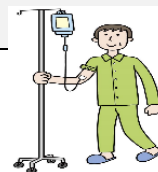
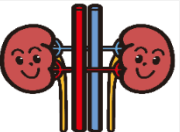


# シャント造設術を受けられる患者様へ

患者氏名 @PATIENTNAME 殿( I D : @PATIENTID ) 生年月日 : @PATIENTBIRTH2 性別 : @PATIENTSEXN 説明日 :

説明者 :

|       | 入院当日（朝）～手術前日                                                                                                      | 手術当日                                                                                                          |                                                                                              | 術後 1 日目                                                                             | 術後 2 日目～退院                                                                            |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                   | 術前                                                                                                            | 術後                                                                                           |                                                                                     |                                                                                       |
| 食 事   | 医師の指示に基づき、塩分制限食となります。病院食以外は控えてください。水分制限がある場合は看護師より説明致します                                                          |                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                     |                                                                                       |
|       | 医師の指示に基づき、担当看護師が詳しく説明をいたします。                                                                                      | 手術前は食事を召し上げられません<br>お茶・お水は直前まで摂取していただいて構いません<br>食事； ____/____（朝・昼・夕）まで<br>手術後より食事が食べられます                      |                                                                                              | 医師の指示に基づき、担当看護師が詳しく説明をいたします。                                                        |    |
| 安 静   | 制限はありません<br>シャワー浴ができます<br>前日に手術部位の除毛を行います                                                                         | 病棟内でお過ごしください。病棟を離れる際はお知らせください                                                                                 | 手術後は病室内でお過ごし下さい<br>手術後はシャント肢をシーネで固定します                                                       |  | 院内自由です<br>医師の許可が出ていればシャワー浴が可能です                                                       |
| 検 査   | 身長・体重を測ります<br>体温や血圧・脈拍を測定します<br> | 手術室へ行く前に、体温や血圧・脈拍を測定します<br> | 必要に応じて担当看護師が状態を観察に伺います                                                                       |                                                                                     |                                                                                       |
|       |                                                                                                                   |                                                                                                               | 採血とレントゲンがあります                                                                                |                                                                                     |                                                                                       |
| 内 服   | ※お薬手帳とお薬を一度お預かりいたします。医師の指示を確認後、担当看護師が内服薬について説明をいたします                                                              | 内服再開の時期については、医師の指示のもと看護師が説明いたします。<br>傷の痛みが強いときは鎮痛剤の飲み薬をお渡しします。                                                |                                                                                              |                                                                                     |    |
| 点 滴   | 点滴はありません                                                                                                          | 担当医師が点滴の針を留置し点滴を開始します。<br>点滴の終了予定時間については担当看護師が説明をいたします                                                        |                                                                                              |                                                                                     | 点滴はありません                                                                              |
| そ の 他 | 手術同意書をご持参下さい<br>17 時に手術時間が確定いたします。詳しいお時間を説明致します                                                                   | ご家族様は手術予定時間の 1 時間前には、ご来院ください<br>眼鏡、入れ歯、金属類（指輪・ネックレス等）は外してください                                                 | 手術終了後、主治医より、説明がありますご家族様は手術終了まで、病棟ラウンジか病室でお待ちください<br>病棟を離れる際は、看護師にご連絡ください                     |                                                                                     | 創部は自然に治癒しますが、腫れや出血がありましたら看護師にお知らせください。                                                |
|       | 「透析を受けられる患者さんへ」冊子を基に腎臓のしくみや日常生活での注意点を説明致します                                                                       |                            | シャントが発達するまでに掌握運動を行ってください<br>シャントの管理方法について説明致します<br>退院の日程は、医師が決定します<br>退院が決定次第、詳細を看護師がお知らせします |                                                                                     |  |

状況に応じて予定が変更になる場合がございます。ご不明な点などありましたら、お気軽にお尋ねください。 東京歯科大学市川総合病院 泌尿器科 2021. 10. 01