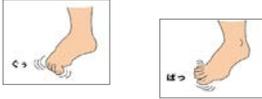


前立腺小線源療法を受けられる方へ

ID	患者氏名	様
----	------	---

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。 ※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	月 日		月 日		月 日	月 日 ~ 月 日
	治療前		治療当日		治療1日後	治療2日後～治療4日後
経過						
達成目標	<input type="checkbox"/> 術前の処置・必要物品が理解できる <input type="checkbox"/> 医師の説明が理解できる <input type="checkbox"/> 治療に対する不安や疑問が言える	<input type="checkbox"/> 絶飲食指示が守れる <input type="checkbox"/> 治療に行く前の準備ができる	<input type="checkbox"/> 治療後の安静指示が守れる <input type="checkbox"/> 腰椎麻酔後の後遺症症状がない <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 尿の性状に問題がない	<input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 尿の性状に問題がない <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> スムーズに排尿ができる	<input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 尿の性状に問題がない <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> スムーズに排尿ができる	
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 弾性ハイスックスのサイズ測定を行います <input type="checkbox"/> DVDを用いて治療の説明を行います 	<input type="checkbox"/> 午前中に浣腸を行います <input type="checkbox"/> 弾性ハイスックスを装着します	<input type="checkbox"/> 痛み止めは医師の指示によって対応します <input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します <input type="checkbox"/> 穿刺部に圧迫用のガーゼを翌日まで当てています 	<input type="checkbox"/> 朝食前に圧迫用のガーゼ、心電図モニターを除去します <input type="checkbox"/> CT撮影後尿の管を抜きます 		
内服薬 注射	<input type="checkbox"/> 21時に下剤を服用します <input type="checkbox"/> 常用薬があれば薬剤師または看護師にお伝えください	<input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください	<input type="checkbox"/> 点滴をします 	<input type="checkbox"/> 午前中に点滴を抜きます <input type="checkbox"/> 夕食後に抗生剤を1度内服します <input type="checkbox"/> 夕食後より排尿障害予防の内服を開始します		
活動 安静度	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 午後より中央診療棟1階放射線管理区域に入室します	<input type="checkbox"/> ベッド上安静	<input type="checkbox"/> 午前中に病室に帰室します <input type="checkbox"/> 制限なし		
食事	<input type="checkbox"/> 低残渣食(病院食以外は摂取しないでください) <input type="checkbox"/> 21時以降絶食 	<input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 9時から絶飲 	<input type="checkbox"/> 絶食、飲水は医師の指示にて始まりませ	<input type="checkbox"/> 朝食から開始します		
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴			<input type="checkbox"/> シャワー浴		【退院基準】 <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> スムーズな自尿を認める <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 食欲があり食事が食べられる
排泄	<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 治療中より尿の管を入れています	<input type="checkbox"/> 脱着線源がないか毎回茶こしを使用し確認してください		【退院後の治療計画】 <input type="checkbox"/> 内服を継続
指導 説明 書類	<input type="checkbox"/> 医師より病状説明(治療・麻酔・同意書配布) <input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症予防同意書について説明・同意書 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(ネームバンドの装着) <input type="checkbox"/> 治療前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 患者用バス・入院診療計画書の説明 <input type="checkbox"/> 病衣の使用説明 		<input type="checkbox"/> ベッド上安静中も寝返りや下肢の運動を積極的に行ってください 	<input type="checkbox"/> 退院指導を行います 		【指導】 【退院後の生活について】 <input type="checkbox"/> 「退院時パンフレット」をご覧ください <input type="checkbox"/> 発熱・腹痛・血尿など何か特別な心配・困った事があればご連絡ください 【連絡先】 徳島大学病院:電話088-631-3111代表番号になっています。退院後は、下記へお知らせください。 泌尿器科外来:電話088-633-7157
リハビリ ・その他						