

ID		患者氏名	様
----	--	------	---

経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術を受けられる方へ  
【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】

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	年 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院	手術前々日～手術前日	手術当日		手術1日後	手術2日後	手術3日後	手術4日後 (術後4日間で退院)
			術前	術後				
達成目標	手術について理解できる	手術に必要な物を準備できる	手術について理解できる 手術前の指示が守れる	手術後の指示が守れる 術後、熱や痛み、血尿などの症状が報告できる	安全に歩行ができる スムーズに排尿ができる 手術後、痛みなどの症状が報告できる	スムーズに排尿ができる 血尿や排尿時の痛みなど症状が報告できる シャワー浴ができる	スムーズに排尿ができる 血尿や排尿時の痛みなど症状が報告できる	退院後の生活が理解できる
検査 治療 処置	<input type="checkbox"/> 入院時検査 <input type="checkbox"/> 診察		<input type="checkbox"/> グリセリン浣腸 	<input type="checkbox"/> 持続的に膀胱内を洗淨します 	<input type="checkbox"/> 診察			<b>【退院基準】</b> ①発熱がない ②排尿困難がない  <b>【退院後の治療計画】</b> 手術後の排尿状態を定期的に観察していきます  <b>【指導】</b> 内服指導 退院指導  <b>【退院後の生活について】</b> 発熱や血尿、尿が少ない等の症状があれば外来を受診してください  <b>【連絡先】</b> 徳島大学病院:088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 泌尿器科外来:088-633-7157
内服薬 注射	<input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります	<input type="checkbox"/> 下剤内服 	<input type="checkbox"/> 常用薬の内服は医師の指示に従ってください	<input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤点滴	<input type="checkbox"/> 持続点滴終了 <input type="checkbox"/> 医師の指示で常用薬再開			
活動 安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 	<input type="checkbox"/> 医師の診察後、歩行可	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 手術日は絶食となりますので何も食べないでください <input type="checkbox"/> 水分は麻酔科の指示に従ってください		<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	
清潔	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません		<input type="checkbox"/> 全身清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 制限ありません	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 尿の管が入っています	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 1回排尿量、尿漏れの測定	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	
指導 説明 書類	<input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 検査についての説明 <input type="checkbox"/> 医師より検査、手術の説明 <input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 手術前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 麻酔科医診察・同意書	<input type="checkbox"/> 手術前にハイソックス、紙パンツ、手術着へ更衣  <input type="checkbox"/> 入れ歯、コンタクトレンズ、時計、指輪などの金属類、シップは必ず外しておいてください	<input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります		<input type="checkbox"/> 骨盤底筋体操の説明		
リハビリ ・その他								