

内シャント造設術 入院診療計画書(看護計画書) 患者氏名 様

	術前	術後	1日後～退院
	月 日	月 日	月 日
目 標	不安なく内シャント手術が受けられる。 痛みの増強なく過ごすことができる。	シャント音が聴取できる。創痛が増強なく経過する。→	・シャント音が聴取できる。創痛が増強なく経過する。 ・自宅でのシャント管理について説明できる。シャント音の聴取法を説明できる。
食 事	食止めの制限はありません。治療食です。		
処 置	特にありません。手術まではシャワーされてかまいません。	術後、夜はシーネ固定をします。	・朝、主治医の回診があります。回診時に創処置します。その際、シーネを外します。 ・診察後許可があれば退院できます。予約日に診察においでください。
投 薬	持参薬は主治医の指示に従って内服して下さい。		
注 射	手術室で抗生剤の点滴をします。		
指導・その他	特にありません。		<p>< 退院後の生活について ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院中に指導されたことを守りましょう。シャント肢で重たい物を持ったり、手を下にひいて寝たりしないようにしましょう。腕時計も反対の手にしましょう。 ・次回受診までに傷が離開したり、出血がある様なら早めに受診しましょう。



安全で安楽な入院生活を送って頂くために、医師の治療計画に基づき看護計画を立てさせて頂きました。状況に応じて予定が変更になる場合があります。 ご不明な点は遠慮なくお尋ね下さい。

大田市立病院 階病棟
担当医師 _____

看護師 _____

看護師長 _____

同意：私は入院当初の看護計画について詳しく説明を受け、納得しました。

また、説明文書を受領したことも付け加えます。 患者氏名 _____ 印

家族氏名 _____ 印。(続柄 _____) ※本人の同意記入がある場合不要です。