

経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）を受けられる方へ

主治医 _____ 主治医以外の担当者 _____ 担当看護師 _____ 担当薬剤師 _____ 担当栄養士 _____

患サポチェック： _____ 患者さん氏名： _____ 様

	入院日	手術当日		手術後1日目	2～5日目	6日目～退院日
		手術前	手術後			
治療 処置 検査		<ul style="list-style-type: none"> 手術室入室時間で点滴をします (点滴前に手術着に着替えます) 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします 術後数時間酸素マスクをつけます 手術後に抗がん剤を尿の管から膀胱内注入する場合があります 	状態をみて必要時採血があります	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 切除の深さや量、術後の血尿の程度で尿の管を抜く日が変わります </div>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食まで食事が出ます 21時より禁食です 	<ul style="list-style-type: none"> 禁食 飲水は朝7時まで可能です 	<ul style="list-style-type: none"> 帰宅後2時間からベッドアップして飲水が可能です (全身麻酔は3時間後から) 	<ul style="list-style-type: none"> 朝から食事開始です 		
薬	<ul style="list-style-type: none"> 常用薬を薬剤師が確認します 	<ul style="list-style-type: none"> お薬は中止となります 麻酔科指示の薬は7時までに水で内服して下さい 		<ul style="list-style-type: none"> 常用薬が再開になります 		
排泄		<ul style="list-style-type: none"> 出棟前にトイレを済ませてください 	<ul style="list-style-type: none"> 尿の管が入っています 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿の程度により尿の管を抜き、尿の性状や残尿量を超音波検査で確認します 尿の管を抜いた後は、しばらくの間排尿時に痛みがあったり、尿に血が混じることがあります 		
活動 清潔	<ul style="list-style-type: none"> できるだけお部屋でお過ごし下さい シャワー浴 	<ul style="list-style-type: none"> 入れ歯、アクセサリー、コンタクト、貼付物等を外して下さい 歩いて手術室にむかいます 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドで病室に戻ります 下肢の感覚が戻ったら寝返り可能 帰宅後6時間からベッド上で座位可能です (全身麻酔は3時間後から) 		<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴可 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> 病棟や病室内の説明があります 看護師が病歴などを聞きます 手術について説明があります 麻酔科医の術前診察があります 手術室看護師の術前訪問があります 	<ul style="list-style-type: none"> 歩いて手術室に行きます ご家族の方は手術中は院内待機場所でお待ちください (院外待機の場合は連絡先をお伝えください) 	<ul style="list-style-type: none"> 術後痛みや尿の管の違和感が強い場合は鎮痛剤を使用します 手術後に血尿が出ることがありますが、徐々に薄まります 手術後2～3日は、38℃台の発熱がみられることがあります 手術後担当医から説明があります ご家族にも対面かお電話・リモートで術後のご説明があります 	《退院の目安》 <ul style="list-style-type: none"> 尿の管を抜いた後、血尿が濃すぎず、自分で排尿できれば退院になります 病理組織結果は退院後の外来で担当医よりご説明します 1日1.5リットルを目安に水分を摂取して下さい 38度以上の発熱がある場合や、入院時に比べて明らかに濃い血尿が出た場合はご連絡ください <p style="text-align: right;">連絡先 03-3625-6381</p>		
その他	<ul style="list-style-type: none"> 必要物品：入院時に必要な物品はレンタルのご用意があります不明な点はお問い合わせください 		 	上記、入院中の療養計画について説明を受けました 年 月 日 本人または家族の署名		

特別な栄養管理の必要性： 有 無 DPC説明済

※この経過内容は、当院での標準的な診療内容を記載しています。経過には個人差があるため、この経過通りに進まないことがありますが、その都度対応しますのでご安心ください。