

内尿道切開術を受けられる方へ

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 (月 日) | 手術当日 (月 日) | | 手術後1日目 | 2～3日目 | 4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 手術後に外尿道口処置をする場合があります |  | | <ul style="list-style-type: none"> 尿管を抜きます 尿管はDIBキャップを排尿後・残尿エコー検査 つけたまま退院することがあります |
| 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3時間から飲水が可能です  | <ul style="list-style-type: none"> 朝から食事開始です  | <ul style="list-style-type: none"> 飲み物や食事の制限はありません |  |
| 薬 | <ul style="list-style-type: none"> 常用薬を薬剤師が回収します | <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時に少量の水で内服して下さい |  | <ul style="list-style-type: none"> いつも内服しているお薬が再開になります | | |
| 排泄 | | | <ul style="list-style-type: none"> 尿管が入っています | <ul style="list-style-type: none"> 医師の判断で入院中に尿管を抜く場合と、尿管を入れたまま退院になる場合があります 尿管を抜いた後は、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、コンタクト、貼付物等を外して下さい | <ul style="list-style-type: none"> ベットで病室に戻ります 帰宅後6時間からベット上での起き上がりが可能です | | <ul style="list-style-type: none"> シャワー浴可 |  |
| 説明 指導 その他 | <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 麻酔科医の往診があります 手術室の看護師が訪室します 必要物品：不明な点をご質問ください <p>入院時に必要な物品はレンタルのご用意があります</p> | <ul style="list-style-type: none"> 麻酔科医、手術室看護師の術前訪問があります 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"> 術後痛みや尿管の違和感が強い場合は鎮痛剤を使用します 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  | <p>《退院の目安》</p> <ul style="list-style-type: none"> 尿管を抜いた場合、血尿が濃すぎず自分で尿を出ることができれば退院になります 尿管を入れたままの場合、管やキャップの管理ができれば退院になります <p>《退院後の注意点》</p> <ul style="list-style-type: none"> 尿路感染を防ぐため1日1.5リットル程度の水を摂ってください 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: center;">連絡先 03-3625-6381</p> <p style="text-align: center;">上記、入院中の療養計画について説明を受けました</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>本人または家族の署名</p> | | |

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