









シャントをつくる患者様へ

担当医 _____

担当看護師 _____

日時	外来	入院日	手術日	1日目	退院日
	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
処置		<ul style="list-style-type: none"> 腕に付ける名札を記入してもらいます 		<ul style="list-style-type: none"> 傷口を消毒します 	
検査手術	<ul style="list-style-type: none"> 採血、レントゲンがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 尿をためていただきます 毎朝体重測定をします 	<ul style="list-style-type: none"> 時 分入室 		
薬	<ul style="list-style-type: none"> 手術前に中止する薬 月 日～ ① ② 		<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします 術後痛いときは痛み止めの薬があります 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師より薬の説明があります 3日間抗生物質の内服になります 	
食事		<ul style="list-style-type: none"> 蛋白質を制限した食事です 			
安静度 清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴できます 		<ul style="list-style-type: none"> 手術した腕は、枕などであげておきます 	<ul style="list-style-type: none"> 抜糸がすむまでは、入浴できません 	
説明		<ul style="list-style-type: none"> 手術についての説明をします 手術をする手(右・左)にマジックで印を付けます 手術をする腕では採血・血圧測定をしません 		<ul style="list-style-type: none"> シャントの注意事項について説明します 	