








様

主治医

看護師

経過	入院1日目	入院2日目	入院3日目
月日	/	/	/
目標	入院の必要性を理解できる	疾患を理解できる	シャントや血圧の管理について理解できる
処置	毎日体重、血圧、水分を測定し、ノートに記録して下さい		
検査	胸のレントゲン、心電図の検査があります	検便の検査があります（1回目）	検便の検査があります（2回目）
	適時、採血や検尿検査などがあります その都度説明します		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 透析日は透析後に食事となります 食事の内容は、（ ）kcalで、塩分は（ ）g、たんぱく質は（ ）gです 病院の透析食と今までの食事内容や塩分量、メニューなど比較して今後自宅での食事の参考にしてください 飲水制限があり、1日（ ）mlまで飲水できます 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 透析後その日はシャワーは出来ません。透析日以外はシャワーは可能です 透析日翌朝には止血の確認後穿刺部の絆創膏を外して下さい 		
排泄	毎回尿量測定を行って下さい トイレ内の記録用紙とノートに記録して下さい		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活（仕事内容、家族構成、食事内容）について確認します（ / ） 透析導入時のパンフレット「血液透析を受けられる方へ」「シャント管理と基礎知識」を配布します（ / ） ノートの記載方法を説明します（ / ） 毎日体重、血圧、水分量を測定しノートに記録して下さい（ / ） 栄養指導の希望日について確認をします（家族と共に受けて下さい）（ / ） 自宅でのシャント管理を確認します（ / ） 止血バンドの確認をします（ / ） 聴診器の購入について説明をします（ / ） 	<ul style="list-style-type: none"> 血液透析を受けられる方へのパンフレット「腎臓について」「腎不全とは」「尿毒症の症状」「血液透析とは」P2～4を説明します 薬剤師より薬の説明があります（ / ） 	<ul style="list-style-type: none"> シャント管理の基礎知識のパンフレットを説明します（ / ） シャントの止血、止血バンド、透析後の絆創膏、入浴について説明します（ / ） DVDを見ます「よくわかるシャント音と自己管理」（ / ） シャント音の確認のため聴診器・血圧計について情報提供します（ / ） 

経過	入院4日目	入院5日目	入院6日目～退院
月日	/	/	/
目標	今までの生活を振り返り、日常生活の注意点について理解できる	退院後の注意点（シャント管理、体重、食事水分など）が分かる	
処置	毎日体重、血圧、水分を測定し、ノートに記録して下さい		
検査	適時、採血や検尿検査などがあります。その都度説明します		
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・透析日は透析後に食事となります ・食事の内容は、() kcalで、塩分は() g、たんぱく質は() gです ・病院の透析食と今までの食事内容や塩分量、メニューなど比較して今後自宅での食事の参考にしてください ・飲水制限があり、1日() mlまで飲水できます 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・透析後その日はシャワーは出来ません。透析日以外はシャワーは可能です ・透析日翌朝には止血の確認後穿刺部の絆創膏を外して下さい 		
排泄	毎回尿量測定を行って下さい。トイレ内の記録用紙とノートに記録して下さい		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費・社会福祉サービスについて社会福祉士より説明があります(/) ・血液透析を受けられる方へのパンフレット「食事管理について」P5～9を説明します(/) ・栄養指導(栄養士より説明があります)(/) 	<ul style="list-style-type: none"> ・血液透析を受けられる方へのパンフレット「日常生活で気をつけること」P10～12を説明します(/) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前に透析室で通院、送迎方法についてオリエンテーションがあります(家族と共に透析室で説明します)(/) 

※病状によって医師より安静度、清潔、退院日など変更される場合があります

※分からないことがありましたら、その都度看護師にお聞きください

以上につき _____ 年 _____ 月 _____ 日主治医から説明を受けました

患者署名： _____ 代理人： _____ (続柄 _____)