

水頭症シャント術を受けられる方へ

入院診療計画書

作成日:

ID	患者様名		病名	正常圧水頭症	特別な栄養管理の必要性	無	有	★退院指導★		
看護師	薬剤師		症状	特になし	リハビリ計画	無	有		外来診療担当医	
栄養士	作業療法士		手術日		時予定	総合的な機能評価			問題なし	
日付			手術当日		術後1日目	術後2日目～術後3日目	術後4日目～術後6日目	術後7日目～術後9日目	術後10日目～術後13日目(退院日または転院日)	
経過	入院日～手術前日		手術前		手術後					
目標	手術に向けて準備ができる 転倒しない		不安なく手術を受けることができる		痛みや不安を 看護師に伝えることができる	痛みがなくなることできる 頭痛、吐き気、めまいがあれば 知らせることができる		① 見守りのもと自室内トイレに行くことができる 歩行ができる	② 介助で車椅子に乗ることができる 見守りのもと車椅子に乗ることができる	
点滴	ありません		持続点滴を開始します		持続点滴と抗生剤の 点滴があります	抗生剤の点滴があります 夕の抗生剤が終わり医師の指示に 従い点滴の針を抜きます		ありません		
内服	内服中の薬は すべてお持ちください 手術前は糖尿病薬、抗血栓薬は 医師の指示に従い中止となります		糖尿病薬は食事の開始と共に 再開となります 抗血栓薬やその他の内服は 医師の指示に従い再開となります		追加の内服薬が開始となる場合はその都度説明させていただきます					
検査	ありません		朝6時に採血があります 頭部CTを行います 腹部レントゲンを行います		ありません		術後6日目採血があります	術後10日目に 採血があります	ありません	
処置	検温は状態に合わせて適宜行います 下肢深部静脈血栓予防の ストッキングを履きます		入室後に検温があります 傷の状態を観察します 痛みの確認を行います 医師の指示に従い酸素吸入します 酸素モニター、心電図モニター 下肢深部静脈血栓予防の 機械がついています		検温は状態に合わせて適宜行います 医師の指示に従い 心電図モニターを外します 下肢深部静脈血栓予防の 機械を除去しストッキングに 履き替えます 歩行ができれば ストッキングは除去します		傷の状態を確認します お腹と腰部(または頭部)の傷のテープは 付けたままです		術後7日目に 傷のテープを 外します	
活動	制限はありません		ベッド上安静です 頭部を30度まで 上げることができます 術後3時間以後は ベッド上で座ることが可能です		歩行リハビリが開始されます 医師の指示範囲内の 活動が可能です		制限はありません			
食事	手術前日の21時以降は 絶食です		水分は0時まで飲めます 朝から絶食です		術後3時間後より飲水は可能です		食事が再開します		飲み込みの機能に合わせた食事が出ます	
清潔	手術前日にシャワー浴 または入浴を行います 歯磨きをして下さい		術後合併症の肺炎を予防するため積極的に歯磨きをしましょう 介助が必要な方は看護師がお手伝いします							
排泄	制限はありません		手術前に排便を すませて下さい		術後は尿の管が入っています 排便時はベッド上で 看護師が介助します		歩行ができれば尿の管を抜きます 初めてトイレに行く際は 看護師が付き添います		制限はありません	
指導	わからないことや不安なことがあれば 遠慮なく看護師にご相談下さい 転倒に注意しましょう 歩行する際はナースコールを押して下さい		痛みは我慢せず ナースコールでお知らせ下さい 痛み止めを 使用することができます		傷からの出血や腫れ 痛みなどがあれば 看護師にお知らせ下さい		積極的にリハビリを行いましょ 傷にテープを貼っている間は 絶対に触らないで下さい		主治医より シャントに関する 説明があります 疑問があれば 看護師に お知らせ下さい	
説明	手術室看護師と麻酔科医から 麻酔の説明があります 必要時主治医より説明があります 外来で渡された同意書などは 忘れずにお持ち下さい 化粧マニキュアを 落として下さい		義歯や眼鏡指輪などの 貴金属類ははずして下さい 髭剃りもお願いします		主治医よりご家族様へ 手術後の説明があります		髄液の流れにより頭痛や吐き気などの症状が出現する場合があります 症状の改善状況を確認しながら適宜医師が 埋め込んだ機械の設定圧を調整します		午前中に退院となります 平日の精算は 事務員が説明に きますのでお待ち下さい 土日、祝日の精算は 後日となります シャント手帳をお渡します	

※上記内容は現時点で考えられるものであり、今後変わり得る場合があります。

りんくう総合医療センター 5病棟 作成: 2017.12  
改訂: 2024.12

説明日: 20 年 月 日

主治医(説明医):

◎ (署名もしくは捺印)

完成後はコピーを1部取り、病棟用ファイルに入れ、原本を患者様にお渡し下さい。

本人/家族等:

続柄:

**緊急連絡先**  
072-469-3111  
平日: 8:45~17:00 外来Bブロック  
それ以外 救急外来