

(内シャント手術)を受ける_____様へ

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医師 _____

担当看護師 _____

経過 月日 処置	入院日 (/)	手術前日 (/)	手術当日 (/)	術後1日目～退院まで (/)
	特にありません。	—————→	—————→	特にありません。手術の創は抜糸 まで保護したままとなります。
検査	採血・採尿・レントゲン・心電図の 検査があります。	特にありません。	特にありません。	適宜採血・採尿の検査が入ること があります。
投薬	入院中は病院で処方されたお薬 を飲みます。	—————→	朝の利尿剤は手術後に内服しま す。	入院中は病院で処方されたお薬 を飲みます。
点滴	特にありません。	—————→	手術室に入室してから点滴をは じめます。手術後痛みがある場 合はお知らせ下さい。痛み止め が使えます。	必要がなければ点滴の針を抜き ます。
安静度	特に制限はありません。	—————→	手術後はトイレ・食事以外はベッ ド上臥位で過ごして下さい。	制限はありません。
清潔	シャワーに入れます。	手術前日はシャワーで体を きれいにします。	シャワーには入れません。体拭 きや更衣はできます。	医師の許可が出れば、創を保護 (防水)してシャワーに入れます。
食事	病院食となります。	—————→	手術前も食事ができます。	病院食となります。
説明指導	医師から手術についての説明が あります。承諾書の記入を終えたら 提出して下さい。看護師からも 手術や手術後についての説明が あります。 シャント音を聞くための聴診器を 購入してもらいます。(地下1階の	特にありません。	手術前に手術着に着替えます。 義歯・時計・眼鏡・アクセサリ等 は外して下さい。手術前にはトイレ を済ませておいて下さい。	作製したシャントの管理について 看護師より説明があります。

上記のスケジュールにそった入院生活になる予定です。予定は変更になる場合があります。ご不明な点は遠慮なくお尋ねください。

注)1 入院期間については、現時点で予想されるものです。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 腎臓高血圧内科 4階南病棟 令和7年1月修正

5N-内シャント造設 K-1