

腎生検を受けられる患者さんへ(前日入院)

患者ID  
氏名

担当医  
担当看護師  
配布日

|       | 入院:1病日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2病日                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               | 3病日                                                                                                 | 4病日        | 5病日:退院                                                                                     | 【退院後の生活について】                                                                                                 |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|       | 検査前日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 検査前                                                                                                 | 検査後                                                                                                                                                                                                           | 検査後1日目                                                                                              | 検査後2日目     | 検査後3日目                                                                                     |                                                                                                              |  |
| 達成目標  | ・検査について理解できる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     | ・穿刺部の発赤、腫脹、出血がない<br>・痛みによる苦痛がない                                                                                                                                                                               |                                                                                                     | ・血尿がない     |                                                                                            | ・定期的に受診をしてください<br>・処方されている薬は医師の指示通りに内服してください                                                                 |  |
| 内服    | 薬剤師が、持参薬および服薬状況について確認します<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     |            |                                                                                            | 以下の症状がある時はご連絡ください<br>・穿刺部の発赤、腫れ、出血<br>・穿刺した側の腰痛                                                              |  |
| 注射    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・点滴をします<br>        |                                                                                                                                                                                                               | ・点滴を抜きます                                                                                            |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |
| 検査    | ・採血<br>・尿検査<br>・レントゲン<br>・心電図(必要時)<br>・心エコー(必要時)<br>     |                                                                                                     | ・採血(生検の2時間後)<br>                                                                                                            | ・採血<br>・腎エコー<br> |            | ・採血<br> | 【緊急連絡先】<br>・平日時間内(8:30~17:00)<br>内科外来<br>:0985-85-9883<br><br>・土日・祝日、時間外<br>5階西病棟<br>:0985-85-1747           |  |
|       | ・指示された容器に全ての尿を入れてください。一部を検査します(毎日)<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 血液浄化療法部で生検をします<br> |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |
| 処置    | ・腰部を除毛します                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                     | ・ベッドの穿刺部が当たる位置に砂のうを置き、その上に仰向けで寝ることで穿刺部を圧迫します。2時間後に穿刺部の砂のうを外します                                                                                                                                                | ・穿刺部の消毒をします<br>  | ・穿刺部を確認します |                                                                                            |                                                                                                              |  |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・弾性ストッキングを着用します(必要時)                                                                                |                                                                                                                                                                                                               | ・弾性ストッキングを脱ぎます                                                                                      |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・尿の管を入れます                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               | ・尿の管を抜きます                                                                                           |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |
| 食事    | ・制限はありません                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ・昼食は絶食です<br>       |                                                                                                                                                                                                               | ・朝食は腎エコー検査後に食べます                                                                                    | ・制限はありません  |                                                                                            |                                                                                                              |  |
| 活動・安静 | ・制限はありません                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ・病室内でお過ごしください                                                                                       | ・ベッド上安静です<br>・寝返りや穿刺側の足を曲げることはできません<br>・排泄はベッド上で便器を使用しますので、ナースコールでお知らせください<br>・食事の時のみ、看護師がベッドの頭元を30度までは上げますが、食後は元に戻します<br> | ・穿刺部の消毒後は歩けます<br>・初めて歩くときは看護師が付き添いますのでナースコールでお知らせください<br>・トイレ以外は病棟内でお過ごしください                        | ・制限はありません  |                                                                                            |                                                                                                              |  |
| 清潔    | ・シャワー浴ができます<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                     | ・シャワー浴はできません                                                                                                                                                                                                  | ・身体を拭きます<br>   |            | ・シャワー浴ができます<br>・退院後は入浴できます                                                                 |                                                                                                              |  |
| 説明    | ・入院オリエンテーションを行います<br>・医師が検査の説明をします<br>・患者用クリニカルバスを用いて、検査スケジュールについて説明します<br>・看護師が腎生検のオリエンテーションを行います                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     |            |                                                                                            | <br>なんでも<br>ご相談<br>ください |  |
| その他   | ・検査の同意書は職員にお渡しください<br>【必要物品】<br>・ストロー又は薬のみ<br>・水又はお茶500ml×2本<br>・上下分かれている衣類又はパジャマ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ・義歯、コンタクトレンズ、時計、アクセサリ等は外し、保管してください<br>・貴重品は、ご自身又はご家族で管理してください                                       | ・腰痛、吐き気がある時は、ナースコールでお知らせください<br>                                                                                         | ・尿の赤味が強くなる時は、看護師にお知らせください                                                                           |            |                                                                                            |                                                                                                              |  |

診療計画、入院期間は現時点での予定です。今後、状態の変化によって変更されることがあります。不明な点がございましたらいつでもお尋ねください。