






| 日付 | 治療前日 | 治療当日 | | 治療後1日目 | 治療後2日目～3日目 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| | | 治療前 | 治療後 | | |
| 目標 | ・治療の注意点について理解できる | ・治療の注意点について理解できる | ・治療後の安静指示を守る ・痛みがある場合には、看護師に伝えられ鎮痛剤の使用で痛みが軽減できる | ・鎮痛剤の使用で痛みが軽減できる | ・鎮痛剤の使用で痛みが軽減できる ・退院後の生活の注意点について理解できる |
| 内服 | ・中止を指示された薬を除いて、いつも服用している薬はのんでください  | ・朝は内服してください ・昼の内服は中止してください | ・食事とともに、薬も再開してください ・中止を指示された薬の再開に関しては医師の指示に従ってください | ・通常どおり服用ください ・中止薬の再開は医師の指示に従ってください | ・通常どおり服用ください ・中止薬の再開は医師の指示に従ってください |
| 注射 | | ・左腕に点滴の針を入れます | ・点滴があります  | ・点滴があります | ・治療後2日目まで点滴があります |
| 検査 | | | | ・朝、採血があります | |
| 処置 | ・血栓予防のための弾性ストッキングをお渡しします | ・弾性ストッキングを着用します | ・治療後心電図モニターを付けます ・帰室後時間毎に体温・脈拍・血圧を測ります ・穿刺部位の出血の観察確認をします  | ・医師の診察後、心電図モニター・弾性ストッキングを外します ・創部のガーゼ交換をします | ・治療後2日目に創部の問題がなければガーゼを外します |
| 食事 | ・通常どおりです | ・朝食は通常どおりです ・朝食後から絶飲食です | ・2時間後より水・お茶が飲めます ・治療4時間後より吐き気などなければ夕食を食べれます ・夕食はおにぎりになっております | ・通常どおりです | |
| 活動 | ・制限はありません | ・制限はありませんが、なるべく病室で待機しててください | ・治療後2時間までは上を向いた姿勢で寝てください ・治療後2時間以降はベッド上で体の向きを変えられますが、起き上がることはできません ・治療後4時間以降はベッドの背もたれをあげて座ることができます ・座りたいときは必ずナースコールを押してください ・治療後6時間以降は看護師見守りで歩行可能です  | ・制限はありません | |
| 排泄 | ・制限はありません | ・尿の管を入れ、オムツを着用します | ・安静解除後、尿の管を抜くことができます ・歩行する際は、看護師が見守らせていただきます | ・制限はありません | |
| 清潔 | ・入浴をしてください | | ・治療後シャワー浴及び入浴はできません | ・熱がなければ創部を保護してシャワー浴が出来ます | |
| 説明 | ・同意書を提出してください ・オムツを1枚用意してください | ・ご家族の方が待機される場合、病室かデイルームにてお待ちください |  | | ・問題なければ治療後3日目に退院です |

※これはあくまでも予定です。場合によっては予定通りにいかない事もありますのでご了承ください。福井県立病院 消化器内科 ラジオ波凝固焼却術(RFA) で入院された方へ 2024年7月改訂

| | | |
|----------------|-------------|---------------------|
| 主治医名 | 担当医名 | 主治医以外の担当者:看護師 |
| 管理栄養士 | 栄養管理の必要性 有り | リハビリ担当 |
| 上記について説明を受けました | 署名 | ご本人以外の場合患者様とのご関係() |