

入院診療計画書

帝王切開術を受けられる



(

)様へ

2 部 印 刷
1 部 : 患者ファイル
1 部 : 患者様用

病名 年齢
症状 受持看護師

生年月日: 薬剤師
病棟 管理栄養士

| | 手術前日(入院) | (手術前)手術当日(手術後) | 手術後1日目 | 手術後2日目 | 手術後3日目 | 手術後4日目 | 手術後5日目 | 手術後6日目(退院) | | |
|----------------|--|---|---|--|---|--|-------------------------------------|------------|---|--|
| 目標 | 安心して手術を迎えることができる | 不快なく過ごすことができる 手術後、足を動かすことができる | トイレに歩いていける 授乳または乳首マッサージを始められる | ママと赤ちゃんのペースで授乳できる | | | 退院後の赤ちゃんとの生活をイメージでき、不安や疑問を解消して退院できる | | | |
| 食事 | 午後9時以降、食べることができません | 手術前2時間まで水分は自由です | 手術後6時間以降は水分は自由です | 昼から全粥がでます 夕より普通食がでます 必要に応じて治療食が出ます | 退院までにお祝い膳をご用意しています | | | | | |
| 安静度 リハビリ | 自由です | ベッド上で安静に過ごします | 足を動かしましょう | 尿管を抜いた後、歩くことができます | | | | | | |
| 清潔 | 入浴をすることができます | シャワー浴をすることができます | ナプキンの交換をします | ナプキンの交換をします スタッフが身体を拭くお手伝いをします | シャワー浴をすることができます | | | | | |
| お薬 注射 | 薬剤師による服薬指導があります | 点滴を始めます  | (痛みがある時には痛み止めのお薬を使います) | | | | | | | |
| 治療 処置 検査 | 赤ちゃんの心音検査を行います 手術部位の毛剃りをします 必要に応じて、緩下剤の内服や洗腸を行う事があります  | 手術部位の毛剃りをします 赤ちゃんの心音を確認します 手術30分前に排尿をし、準備麻酔をします | 全身状態の観察を行います 検温を定期的に行います  | 血液検査をします 点滴終了後に、尿管を抜きます |  | | 退院診察があります 退院 | | | |
| 授乳 | | ベッドの上で寝たまま授乳ができます (授乳のたびお手伝いをします) | 授乳のたびお手伝いをします 乳頭マッサージの指導をします 母児同室を開始します  | 乳房マッサージを行います | |  | | | | |
| 説明 注意点 | ◎医師・看護師より、手術・入院生活について説明します ◎薬剤師が術前と退院前にお薬について説明します ◎お薬などのアレルギー歴がある場合は、医師または看護師にお知らせください ◎分娩セットを渡します ◎バスタオル・腹帯1枚を用意してください ◎身につけている物を必ず外してください(例: 指輪・ピアス・時計・コンタクト等) | 長髪はゴムでまとめ、お化粧はしないでください 臍の緒をお渡しします  | お母さん・赤ちゃん共に問題がなければ、お部屋で母子早期接触、授乳をします 臍の緒をお渡しします  | <p>《手術後の注意点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎手術当日、麻酔による足のしびれがなくなったら、時々、足を曲げたり伸ばしたりする運動をしてください(手術後、血液循環をよくしたり、体をならす為に少しずつ運動を始めましょう) ◎手術後、頭をあまり動かさないようにしましょう(麻酔により、頭痛の原因になることがあります) 排ガスについて・・・腸の運動を知るのに重要ですので、気を付けておいてください 排便について・・・ベッド上安静の間は、便意があれば看護師がお手伝いをします 排尿について・・・尿管を抜いてから、最初にトイレへ行く時は看護師にお知らせください 指導について・・・パンフレットを用いて育児指導・沐浴指導・退院指導を退院までに行わせて頂きます。 <p>退院後・・・心配なことがあれば、24時間電話相談に応じていますのでお気軽にご利用ください。 高知赤十字病院 産婦人科病棟(5西病棟) TEL(088)822-1201</p> | | | | |  | |

※入院当日、手術についての説明がありますので必ずご家族の方も一緒においでください。

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

◇総合的な機能評価◇

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 評価対象外 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |
| ・日常生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |
| ・認知機能 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |
| ・意欲 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要経過観察 |

※ 特別な栄養管理の必要性 有 無

主治医 印
又は署名
私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)
高知赤十字病院 産婦人科 10-002-P1(患者用)