

入院診療計画書

頸管縫縮術を受けられる

)様へ

2 部 印 刷
1 部 : 患 者 フ ァ イ ル
1 部 : 患 者 様 用

病名

年齢

生年月日:

薬 剤 師

症状

受持看護師

病棟 管理栄養士

月 / 日	/	/	/	/	/	/	/	/		
病 日	手術前日	(術前)	手術当日	(術後)	1日目	2日目	3日目	4日目 ~ 7日目		
目標	手術の必要性・手術前後の経過が理解できる 手術に対する不安や心配事を話すことができる 切迫流・早産の兆候がない	痛い時や気分が悪い時に訴えることができる 手術後の安静を守ることができます		痛みが自制内で日常生活を過ごすことができる 退院後の生活や注意事項について理解できる						
食事	午後9時以降 飲んだり食べたりできません	←----- 飲んだり食べたりできません -----→	朝から普通食							
安静度	必要な事以外は できるだけ安静にしましょう	安静 トイレや洗面はできます	上向きで寝ます 寝たままで足の運動 をしてください	<ul style="list-style-type: none"> ベッドの上に座る(トイレ・洗面のみ)ことができます 膣出血やお腹の張りなどなく経過が良ければ、 医師の診察の結果で尿の管を抜いて歩行ができます 						
清潔	シャワーを浴びる (お腹の張りや出血があれば タオルで拭くだけになります)	ナプキン交換や 洗面をお手伝い します	看護師がお手伝いして 身体を拭きます	異常がなければ 自分で身体を拭きます	回診の結果で シャワー浴ができます					
点滴・内服	寝る前に下剤を飲みます 薬剤師よりお薬についての 説明があります	点滴開始 子宮収縮を抑える点滴を必要によって行います	出血やお腹の張りなどがなければ点滴は終了します							
処置・検査		手術着に更衣 赤ちゃんの心音聴取 血圧測定後手術室へ 行きます	体温・脈拍・血圧測定 出血・腹痛の有無 心音聴取を看護師が 定期的に行います 尿の管を入れたまま 帰ってきます	毎日赤ちゃんの心音チェックをします (経過がよければ約1週間で退院できます)				退院診察		
備考	<ul style="list-style-type: none"> 医師より手術や入院期間について詳しく説明があります 看護師が入院生活についてオリエンテーションします 抗生素のアレルギー歴がある場合は医師又は看護師にお知らせください <p>準備するもの</p> <p>T字帯 1枚 紙オムツ 2枚 バスタオル 1枚 化粧、マニキュアは落としてください</p>	<ul style="list-style-type: none"> 身につけている物を必ず外しておいてください 時計、指輪、コンタクト、めがね、ピアス、入れ歯 ヘアピン、下着[ショーツ以外]など 長髪はまとめ、マニキュア、化粧はしないで下さい 手術室へ持っていくもの(バスタオル、T字帯、紙オムツ) 点滴を始める前に手術着に着替えます (ショーツ以外の肌着は外しておいてください) 		<p><手術後の注意点></p> <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、時々足の運動(曲げ伸ばし)をしてください 手術が終わった当日は頭部を高くしなるべく動かさないようにして安静にします。 麻酔による副作用(頭痛)を避けるためです。 排尿について…尿の管を抜いて最初の排尿があればお知らせ下さい 排ガスについて…腸の運動の目安になるので最初に出たときはお知らせ下さい。 安静について…手術後の状態により、安静度はかかる可能性もありますがそのつどお知らせします。 </p> <p><入院中の注意点></p> <ul style="list-style-type: none"> お腹の張りや痛み、膣出血がある時はすぐにお知らせ下さい。 <p><退院後の注意点></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院が決まれば主治医より次回来院日、退院後の注意点などの説明があります 膣出血や下腹部痛など流早産徵候がみられた時は早目に外来を受診して下さい 						

※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◇ 評価対象外

- | | | |
|---------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・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

10-016-0(患者用)