入院診療計画書

◇総合的な機能評価◇ □ 評価対象外

□ 問題なし

□ 問題なし

□ 問題なし

□ 要経過観察

□ 要経過観察

□ 要経過観察

日常生活動作

- 認知機能

・意欲

ソケイヘルニア修復術を受けられる

)様へ

2 部 印 刷 <u>1 部:患者ファイル</u> 1 部: 患 者 様 用

症状

病名 鼠径ヘルニア (診断群分類) (060160 鼠径ヘルニア)

受持看護師

生年月日

薬剤師

病棟 管理栄養士

	手術前日		手術当日(術前)	(術後)	術後1日目(退院可)	2日目(退院日)
		/ ()	/	()	/ ()	/ ()
目標	手術の説明が分かる 安心して手術を受けることができる		手術の説明が分かる 安心して手術を受けることができる	痛い時や調子の悪い時に訴えることができる しっかりと身体を動かすことができる	痛い時や調子の悪い時に訴えることができる 退院にむけて準備ができる しっかりと身体を動かすことができる	
食事	午前手術	()以降絶食です		■気が無ければ術後4時間から水分摂取できます タ食(お粥)を開始します	普通食です (必要に応じて治療食が出ます)	
栄養	午後手術	()以降絶食です		嘔気が無ければ術後4時間から水分摂取でき ます	朝から水分、お食事(お粥・軟菜食)を開始します 昼から普通食を開始します (必要に応じて治療食が出ます)	
活動		自由です	手術開始予定時間は (術後4時間で麻酔から覚めていれば、 トイレ歩行可となります ■	制限はありませんが、 激しい運動や腹圧をかけることは禁止です	
清潔	シャワー浴をす	することができます		2	看護師が体を拭きにまいります	主治医の許可によりシャワー浴 できます
検査					医師の指示により必要時、血液検査、レントゲン検査があります	av
処置 排泄	21時に下剤を 希望により眠う おへその掃除	剤をお渡しします		術後4時間で麻酔から覚めていれば尿管が 抜けます	制限はありません	制限はありません
治療	* 抗凝固剤(パナルジン・プラビックス・バファリン・バイ アスピリン・ワーファリンなど)を服用している方は中 止して下さい			点滴・抗生剤 医師・看護師が創部の観察や消毒に伺います	1	医師・看護師が創部の観察に伺います
説明	お薬など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下さい 同意書は手術前までに詰所にお渡し下さい [手術前]主治医が、手術、麻酔について説明します [手術中]家族の方はデイルーム又は病室でお待ち下さい [手術後]主治医が術後説明をします 看護師が定期的に状態の観察に訪室します		痛みがある時は痛み止めをしますので、お知ら麻酔の副作用(頭痛・吐気)などがあれば、お知 退院後の注意事項について説明があります 抜糸がある方は退院後次回受診日に行います	印らせください		
		で考えられるものであり、今後検 こら気軽にスタッフへ声を掛けてく	査等を進めていくにしたがって変わることもありま ください。	ますのでご了承ください ※ 特別な栄養管理の必要性 □	有 <u>主治医</u>	印 又は署名

☑ 無

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