

入院診療計画書

腹腔鏡下結腸切除手術を受けられる

() 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

手術日時 平成 年 月 日 AM・PM 時 分

病日	手術前日		手術当日		術後1日目	2日目	3日目	4日 ~ 6日目	7日目 ~ 10日目(退院日)
			(術前)	(術後)					
日付	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()		<input type="text"/> / <input type="text"/> ()		<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ~ <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()
目標	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ときなどに訴えることができる		しっかりと体を動かすことができる			退院に向けての準備ができる	
食事	夕食は絶食となります。朝食は主治医の指示があります (水分は麻酔科医から説明があります)		食事は許可があるまで絶食となります。		飲水は許可があれば開始となります		食事は許可があれば病院食が開始となります。少しずつ形態が普通の食事に近づいていきます。 ※食事療法が必要な方は、病態に合わせた食事が出ます		
安静度	自由です		ベッド上安静ですが、寝返りはできます		介助があれば、立ち上がり、歩いたりすることができます		自由です		
清潔	術前処置が終了後、入浴をすることができます		入浴をすることができません 義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい		おなかの管が入っている間は、毎日看護師が体を拭きにまいります			管が抜ければ、濡れないテープを貼ってシャワー浴をすることができます	
排泄	昼食後より下剤を内服します		浣腸をする場合があります 麻酔で眠った後尿の管を挿入します		尿の管を抜きます (必要な方はポータブルトイレ・尿器を使用してください)		制限はありません		
検査	入院日までに手術に必要なX線検査や血液検査があります 65歳以上の方は、血ガスの検査をします				血液検査と胸部・腹部のX線撮影をします		必要時、血液検査やX線撮影をします		
治療	胃薬を内服していただく場合があります 点滴を始める場合があります 持参薬は特に指示がなければ続けて飲んでください ※抗凝固剤を内服している方は中止してください 痛みが強い時、発熱時、吐き気があるときは薬を使いますので、ご遠慮なくご相談ください		朝、手術着に着替えます 胃に管を入れる場合があります 胃薬を内服していただくことがあります		持続点滴をします 抗生剤の点滴をします 医師の指示があれば胃の管をぬきます 背中や点滴の刺入部から痛み止めの薬を持続的に注入します。 酸素吸入をします → 酸素の状態が落ち着いていれば酸素吸入は終了します 医師・看護師が創部の状態の観察に伺います		病態や食事摂取状況をみて点滴を終了します		
処置	おへそのそうじをします 希望により眠れるお薬を内服します		医師からの指示がある方は弾性ストッキングをはきます		尿の管を抜いた後、排尿状態の確認をさせていただきます				
説明指導	麻酔科医が麻酔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お知らせください 主治医・看護師が手術について説明します 同意書は手術当日までに詰所にお渡しください 必要物品 腹帯 2枚 バスタオル 1枚 アテントタイプオムツ 1枚		手術中、家族の方は病室またはデイルームでお待ち下さい		痛みがある時は、遠慮なく看護師に申し出てください 必要時、痛み止めを使います 術後、主治医から手術説明があります 術後の肺合併症・腸閉塞予防のためにも、術後積極的に身体を動かし歩行することがよいとされています がんばって身体を動かしましょう		薬剤師がお薬について説明します 看護師が退院後の注意事項について説明します		

※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

総合的な機能評価

- 評価対象外
 問題なし 要経過観察
 問題なし 要経過観察
 問題なし 要経過観察

※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。

- 特別な栄養管理の必要性 有
 無

主治医

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。

平成 年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄)