入院診療計画書

冠動脈バイパス手術（CABG）を受けられる　（　　）様へ

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

2　部　印　刷
1部：患者ファイル
1部：患者様用

日時	月　日～　月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日～　月　日
経過	一般病棟		ICU		ICU／一般病棟		一般病棟				
	手術前々日～手術前日	手術当日（術前）	手術当日（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	手術後7日目	手術後8日目～	手術後13日目～16日目
目標	手術を理解し同意している 必要な物品が整っている 手術に必要な検査が終了している 心身ともに安定した状態で手術を受けることができる		痛みがコントロールでき座ることができる 経口摂取量制限が理解でき摂取量を守れる 創部の発赤や腫脹がなく発熱などの感染の徴候がない 胸痛発作がおきない				痛みがコントロールできトイレ洗面所に歩行できる 創部ほ発赤や腫脹がなく発熱などの感染の徴候がない 胸痛発作がおきない					創部の発赤や腫脹がなく発熱などの感染徴候がない 院内歩行ができる 術後諸検査が終了している
食事	減塩食が出ます （必要に応じて治療食が出ます）		絶食です。	食事（お粥）が開始になります 経口摂取量に制限があります 食事・水分の摂取量を確認します ご希望により食事の形態を変えることができます 希望があれば看護師にお知らせください								
安静度	自由です		ベッド上安静です 看護師の介助で2時間毎に体の向きを変えます		看護師の介助でベッドの端に腰を掛けたり、ベッドの横に立つ練習をしますポータブルトイレを使用できます	看護師の介助で歩行練習をします. ポータブルトイレを使用できます		自由に歩くことができます リハビリの状況によって歩行ができます				
清潔	入浴をすることができます	顔のひげそりをしてください。朝、シャワー浴をしてください。義歯、指輪、ヘアピンをはずしてください		看護師が毎日身体を拭きます 洗面は介助で行います			看護師が身体をふきます				創の状態によってシャワー浴をすることができます	
排泄	トイレまで歩いていくことができます		術後は尿の管が入っていますのでトイレへ行く必要はありません		手術後2～3日目に尿の管を抜きます 抜いた後も尿量を確認します						尿はためなくてかまいません （体重測定を毎朝行います）	
検査			ICU入室当日、翌日は ・（ベッド上で）胸のX線撮影 ・心電図　・血液検査 ・血ガス（適宜） があります		・（ベッド上で） 胸のX線撮影 ・心電図 ・血液検査 があります	適宜胸のX線撮影や血液検査を行う場合があります					手術後10日目に ・CT ・（心臓カテーテル） の検査があります	
点滴 注射 治療 処置		（　　）時頃 手術室へ行きます	首・手から 24時間持続で 点滴をします ドレーン（心臓周囲の管）は状況を見て主治医が抜去します							創部の消毒 抜糸をします		
内服	持参薬は一度すべて看護師に渡してください	寝る前に下剤を　内服します。眠剤を希望される場合は看護師にお知らせください。	内服はすべて一旦中止になります	気管内チューブが抜ければ内服が開始になります								
リハビリ				深呼吸、排痰の励行 →								
				ベッド上に座る練習をします	ベッドの端に座ったり立位をとる練習をします	歩行練習可状態に合わせてリハビリをすすめていきます。						
観察			1時間毎に看護師が検温をします	2時間毎に看護師が検温をします								
説明 指導	医師が手術について説明します。 看護師から入院生活の説明があります。手術前日麻酔科医と手術室看護師の 訪問があります。薬剤師がお薬について説明します。手術に必要なバスタオルとタオル3～4枚、ティッシュ、バストバンド、らくのみを準備してください	貴重品は一旦、お持ち帰りください	手術後、医師がご家族の方へ手術内容を説明します		血圧が安定していて、主治医から許可が出れば一般病棟にもどります			栄養士が食事療法について説明します（日時未定）			看護師が退院後の生活について説明します。 薬剤師がお薬について説明します。 入院費は保険の負担区分に応じて、一時預り金になります。更正医療決定後精算となります。（病院から連絡いたします。）	

※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
※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	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・認知機能	☐ 問題なし	☐ 要経過観察
・意欲	☐ 問題なし	☐ 要経過観察

※　特別な栄養管理の必要性　☑ 有　主治医　　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。

平成　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　心臓血管外科　19-002-PO