

入院診療計画書

腔式子宮全摘出術を受けられる ()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

日付	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
病日	入院日	手術前日	手術当日		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)		
			(手術前)	(手術後)								
食事	昼から食事ができます	午後9時以降、食べることができません(水分は麻酔科医から説明があります)	食べることができません ✕ 	→	朝から飲水は自由です 昼から流動食が始まります 夕から5分粥になります	朝から全粥になります 普通食です 昼~普通食です 						
安静度 リハビリ	自由です 	→	点滴が始まってからも歩行できます 	上向きで寝ていただきますが、足は曲げたり伸ばしたりしてもかまいません 	朝から横向きになり、昼からベッド上で座る。午後から尿管を抜き、トイレまで歩いて行くことができます	自由です →						
点滴			午前中に点滴を始めます 	点滴は1日目の点滴が終われば抜きます								
治療 処置 検査 その他	リストバンドを装着します 医師より手術について説明します 看護師が入院中の生活について説明します 入院に至った経過等についてお聞きします 手術日までに薬剤師がお薬について説明します	必要物品の確認をします 寝る前に、下剤を飲んでください 麻酔科の医師から話があります 	早朝に浣腸をします 手術部位の毛剃りをします  手術着に着替え、点滴を始めます  準備麻酔(注射か内服)	体温、脈拍、血圧等、定期的に状態を見に行きます 痛みが強い時は座薬や注射等を使用します 吐き気が強い場合は吐き気止めを使います 状態に合わせてナプキンの交換をしていきます	血液検査をします  腔の中の消毒(ない場合もあります) 点滴終了後に尿管を抜きます 看護師が身体を拭くのを手伝います	2日目からシャワー室で身体を拭くことができます 3日目からシャワーに入ることができます。シャワー後は創部の状態を確認させていただきます。 	朝、血液検査と尿検査があります 薬剤師がお薬について説明します	退院が近くなれば、退院指導を行います。病理組織検査をした場合、病理組織の結果が出るまで、1~2週間かかります。入院中に出来ない場合は外来で説明をさせていただきます				
説明 注意点	入院時、化粧、マニキュア、指輪、ピアス等ははずして下さい	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下さい	毛剃りの後、軽くシャワーにお入り下さい 身に付けている物を、必ずはずして下さい。(ヘアピン、眼鏡、コンタクト、入れ歯) 長い髪の方はまとめてください 貴重品は、家族の方に預けて、部屋には貴重品を置かないようにしましょう	☆ 手術後の注意点 ☆ ・手術から帰ってきて、足のしびれがなくなったら、足を曲げたり、伸ばしたりできます ・排尿について 尿管を抜けば、トイレまで歩いて行くことができます。最初に尿が出たときは看護師にお知らせください。又、尿路感染予防のために水分を十分に取らしましょう ・排ガスについて 腸の運動を知るのに大切です。最初に排ガスがあった時は、看護師に必ずお知らせください		1. 手術の日は、(月 日) でお知らせいたします。なお、時間、手術については、入院時に医師が説明します。必ずご家族の方の同席をお願いします。質問などがありましたら、ご遠慮なくお尋ね下さい。 2. 麻酔について 全身麻酔で行いますので、眠っている状態で痛みを感じません。詳しいことは入院後、麻酔科医からお話があります。 3. 手術のために必要なもの ・バスタオル 1枚 ・T字帯 1枚 ・紙オムツ 1~2枚 4. 付き添いについて 手術中、ご家族の方は患者様のお部屋でお待ち下さい。手術後、医師より説明があります。						

※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。

※ 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。

◇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

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 産婦人科 10-004-0(患者用)