

入院診療計画書

婦人科開腹術(全麻用)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 _____

日付	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
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・5日目	手術後6日目	手術後7日目(退院)		
目標	不安に思っていることが表出できる 心身ともに安定して手術を受けることができる		手術が受けられる状態である		痛みを我慢せず伝えることができる 手術後ベッドの上で安静に過ごすことができる			歩行することができる		排便がある		退院後の注意点がわかる		
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 昼から流動食が開始になります 夕方から5分粥になります	朝から全粥になります 昼から普通食になります						
安静度	自由です		点滴が始まってからも歩行できます		ベッド上で過ごしますが、足は曲げたり伸ばしたりしてもかまいません		朝から動く練習をしていきます。昼からベッド上で座る。午後から尿の管を抜き、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	患者様識別の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		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 医師による創部の診察(ない場合もあります) 点滴終了後に尿の管を抜きます 看護師が身体を拭くのを手伝います	2日目は清拭をしますが、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。		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	退院前に退院後の生活について説明します。 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 食物や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、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、まとめて下さい 貴重品は、家族の方に預けて、部屋には貴重品を置かないで下さい		手術後、足を曲げたり、伸ばしたりできます 排尿について 尿の管を抜けば、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。 排ガスについて 腸の運動を知るのに大切ですので、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。必ずご家族の同席をお願い致します。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。詳しいことは入院後、麻酔科の医師からお話があります。 3. 手術のために必要なもの ・腹帯(マジックテープの腹帯)2~3枚 ・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当た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

<input type="checkbox"/> 日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
<input type="checkbox"/> 認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
<input type="checkbox"/> 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 _____)