

入院診療計画書

弁置換術(大動脈弁・僧帽弁)を受けられる

()様へ

2 部 印刷

病名 _____ 年齢 _____





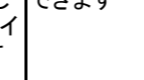










生年月日: _____ 薬剤師 _____

1 部: 患者 ファイル

症状 _____ 受持看護師 _____

病棟 _____ 管理栄養士 _____

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 ~ 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うけることができる | | 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 創部は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  | | | リハビリの経過によりトイレまで歩いていくことができます 自由に歩くことができます   | | | | |
| 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 | | | 適宜血液検査、胸のレントゲン撮影を行います | | | | |
| 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)の状態に応じて主治医が抜去します | | | 首からの点滴を 抜いて手のみの 点滴になります 創部の消毒 抜糸をします | | | | |
| 内服 | 持参薬は一度すべて看護士に渡してください | | 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士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時間毎に看護士が検温をします | | | 2時間毎に看護士が検温をします | | | | | | | |
| 説明 指導 | 医師が手術について説明します。 看護士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士の訪問があります。 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、バスタバンド、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)  | | | | |
| | | | | | | | | | 看護士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

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <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 |

※ 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。

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 19-004-PO