

# 入院診療計画書

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる ( ) 様へ

2 部 印 刷  
1 部 : 患者ファイル  
1 部 : 患者様用

病名  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  年  月  日 AM・PM  時  分 予定

病日	手術前日		手術当日		術後1日目	術後2日目~3日目
			(手術前)	(手術後)		
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"/> ( )
目標	手術について理解でき、不安の軽減が図れる		痛い時や調子の悪い時に訴えることができる		痛い時や調子の悪い時に訴えることができ、しっかりと身体を動かすことができる	退院に向けて準備ができている
食事	原則として21時以降は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) 	飲んだり食べたりできません (水分は麻酔科医から説明があります) 	胃に入っている管を抜いたあと、吐き気がなければ朝から飲水できます 		食事はお粥(おかゆ)から普通食へとかわっていきます ※食事療法が必要な方は、病状にあわせた食事ができます	
安静度	自由です		ベッド上で安静に過ごします 		自由です 	
清潔	入浴をすることができます (髪を洗うこともできます) 	義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい	看護師が体を拭きにまいります 		お腹の管が抜けた翌日からシャワー浴が可能となります 	
排泄	21時に下剤を飲んでいただきます 	6時頃に浣腸をします 麻酔で眠った後尿の管を挿入します 	尿の管を抜きます 歩いてトイレまで行くことができます 			
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		血液検査、胸部・腹部X線撮影があります 		必要に応じて採血などの検査をします 	
治療	※抗凝固剤(パナルジン・パファリン・バイアスピリン・ワーファリン・プラビックス・プレタルなど)を内服している方は中止して下さい		内服薬については、主治医の指示により再開するかどうか決めます			
処置	麻酔科の診察があります  希望により眠れるお薬を内服します  おへそのそうじをします  手術室看護師が手術について説明します	毛剃りを行います  手術着に着替えます 手術室で点滴を開始します 胃に管を挿入します 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	手術後から翌朝まで心電図モニターを装着します		医師、看護師が創部の状態の観察に伺います   術後1日目以降にお腹の管を抜きます 尿管を抜いた後、排尿状態の確認をさせていただきます	術後2日目以降でお腹の管を抜いたところに異常がなければ退院可能になります
注意事項 その他	わからない事や不安な点があれば、どんなことでもかまいませんので看護師にお尋ねください 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ください 必要物品 バスタオル 1枚 アテントタイプオムツ 1枚 腹帯		手術後は看護師が定期的に状態の観察に伺います  主治医から術後説明があります 		傷の痛みがある時は、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 術後の肺合併症・腸閉塞の予防のためにも、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	退院日と次回外来受診日が決定します (退院指導) 日常生活の留意点、定期受診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◇

<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。  
 患者 又は 親権者・親族等サイン  (続柄 )

※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。