

入院診療計画書

乳房部分切除術を受けられる（ ）様へ

2 部 印 刷
1 部：患者 ファイル
1 部：患者 様 用

病名 年齢 生年月日: 薬剤師
病状 受持看護師 病棟 管理栄養士

手術日時 年 月 日 AM・PM 時 分 リハビリ

病日	手術前日	手術当日		術後1日目 ～ 8日目	
日付	日付を入力	(術前)	(術後)	～	
目標	手術について理解でき、不安なく手術にのぞむことができる		痛い時や調子の悪い時に訴えることができる	早期に歩くことができる 退院にむけての準備ができる	
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)	術前は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) 術後、病棟に帰ってきてから2時間30分後に水分をとる許可がでます。		食事が開始となります	※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	病室して2時間後から症状に応じて動くことができます。 ただしリンパ節郭清をされた場合は、手術した側の腕を術後3日目まで外に広げることはできません。		院内で自由に過ごしてください	
清潔 排泄	シャワー浴をすることができます マニキュアを落としてください 21時に下剤を飲んでいただきます	義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい お化粧もしないでください 手術室で尿管をいれます		看護師が体を拭きにまいります 尿管を抜きます 尿管抜去後はトイレまで歩いて行くことができます シャワー浴ができます	湯船につかるのは退院後の外来診察で許可がでます
検査				必要時、医師の指示による血液検査やX線検査撮影があります	
治療	※抗凝固剤を内服している方は中止されています。		痛みがあれば坐薬や点滴などで痛み止めをします	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 痛み止めの内服が処方されます	
リハビリ	理学療法士が術前の可動域の測定を行います 手術する側の腕に特は制限はありません	術後の安静度に合わせてリハビリを開始します センチネルリンパ節生検のみで手術が終了した場合は、手術した側の腕は自由に動かせます リンパ節郭清をされた場合は、術後3日目まで腕を外に広げることはできませんが、肘を曲げるなどできる範囲でのリハビリを理学療法士と一緒に開始します			
処置	リストバンドを装着します 必要物品 胸帯 1枚 バスタオル 1枚 アtentタイプオムツ 1枚 手術をする乳房に医師が印をつけます センチネルリンパ節生検の準備の注射があります	朝、手術着に着替えて点滴を始めます 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 術前に除毛を行う場合があります	創部の状態の観察を行います 心電図モニターをつけます(帰室後3時間) 点滴を行います 酸素吸入を行います 管が入ってくることがあります	医師、看護師が創部の状態の観察に伺います 尿管を抜いた後、排尿状態の確認をさせていただきます 食事が食べられれば点滴を終了します	管が入っている場合は、抜去します
説明	主治医・麻酔科医・看護師から説明があります 手術室看護師から説明があります 同意書は手術当日までに詰所にお渡しください 抗生剤にアレルギー歴のある場合は医師または看護師にお知らせ下さい	手術中、家族の方は病室またはデイルームでお待ち下さい	手術後は看護師が定期的な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 乳房部分切除とセンチネルリンパ節生検のみで手術が終了した場合は術後1日で退院できます リンパ節郭清をされた場合は術後8日で退院できます	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

※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	<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

※ 特別な栄養管理の必要性 ☒ 有 ☐ 無

※入院費用は23万円～28万円位になります(3割負担の方)
限度額適用認定証(高額医療)の申請については医事課にご相談下さい

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。

年 月 日

患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)