

入院診療計画書

腹腔鏡下幽門側胃切除術 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

病日	手術前日	手術当日		術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目～退院日
		(術前)	(術後)							
日付	日付を入力 ()		()	()	()	()	()	()	()	()～()
目標	安心して手術を受けることができる	痛い時や調子の悪いときなどに訴えることができる	しつかりと体を動かすことができる 分食について理解し実践できる							退院に向けての準備ができる
食事	手術前日21時以降食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)		飲んだり食べたりできません	飲水ができるようになります	アクアファンが開始となります	3分粥から開始となる	5分粥になります	全粥になります	やわらかめの食事が開始となります	
安静度	自由です 	ベッド上安静ですが、寝返りはできます	介助があれば、立ったり、歩いたりすることができます	自由です 						
清潔	術前処置が終了後、入浴をすることができます	入浴をすることができません 義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい	おなかの管が入っている間は、毎日看護師が体を拭きにまいります		管が抜ければ、濡れないテープを貼ってシャワー浴をすることができます					
排泄	日中と21時に下剤を内服します 	6時頃浣腸をします 麻酔で眠った後尿の管を挿入します	尿の管を抜きます (必要な方はポータブルトイレ・尿器を使用してください) 食事が5分粥になるまでは尿量を測定します	制限はありません 						
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 65歳以上の方は、血ガスの検査をします		採血と胸部・腹部のX線撮影をします 	3日目に血液検査があります 					必要があれば胃透視をします	
治療	胃薬を内服していただく場合があります 持参薬は特に指示がなければ続けて飲んでください ※抗凝固剤(パナルジン・バファリン・バイアスピリン・ワーファリン・プラビックス・プレタールなど)を内服している方は中止してください 痛みが強い時、発熱時、吐き気があるときは薬を使いますので、ご遠慮なくご相談ください	朝、手術着に着替え て点滴を始めます 注射または薬を内服していただけます	持続点滴をします 抗生素の点滴をします 胃に管を入れます 点滴の中に痛み止め薬が入っています 酸素吸入をします 医師・看護師が創部の状態の観察に伺います 創部には透明な創面保護材を貼ります 腹部に管が入ります	→ 食事がとれていれば3日目に点滴を終了します → 医師の指示があれば胃の管をぬきます → 薬がなくなり次第終了します。痛みが強ければ追加投与することがあります。 → 酸素の状態が落ち着いていれば酸素吸入は終了します → 排液量が少なくなれば抜きます → 飲水・食事が開始となれば飲み薬を医師の指示により再開します(抗凝固剤の内服は医師の指示が出れば再開します)						術後7日に創面保護剤を外します。
処置	おへそのそじをします 希望により眠れるお薬を内服します 	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		尿の管を抜いた後、排尿状態の確認をさせていただきます						
説明 指導	麻酔科医が麻酔について説明します お薬などのアレルギー歴がある場合はお知らせください 主治医・看護師が手術について説明します 同意書は手術当日までに詰所にお渡しください 必要物品 腹帯 1枚 バスタオル 1枚 アントタイプオムツ 1枚 	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	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 栄養士が食事について説明します (1回目) パンフレットをお渡します (飲水開始後 1日目か2日目予定)	医師が病理組織の結果について説明します 	栄養士が食事について説明します (2回目) 	薬剤師がお薬について説明します 看護師が退院後の注意事項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 問題なし 要経過観察
- ・認知機能 問題なし 要経過観察
- ・意欲 問題なし 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性 有

無

主治医
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)

高知赤十字病院 外科 05-004-P1(患者用)