

2部 印刷
1部:患者ファイル
1部:患者様用

入院診療計画書

腹腔鏡下ソケイヘルニア手術を受けられる

(

病名
(診断群分類)

鼠径ヘルニア
(060160 鼠径ヘルニア)

)

年齢

生年月日:

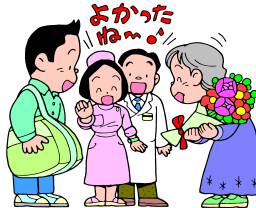
薬剤師

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			
	手術前日		手術当日(術前)		(術後)	
	/ ()		/ ()		/ ()	
目 標	手術の説明が分かる 安心して手術を受けることができる		手術の説明が分かる 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時に訴えることができる 退院にむけて準備ができる しっかりと身体を動かすことができる	
食 事 栄 養	午前手術	()以降絶食です 			嘔気が無ければ術後4時間から水分摂取 できます 夕食(お粥)を開始します 	
	午後手術	()以降絶食です 			朝から水分、お食事(お粥・軟菜食)を開始します 昼から普通食を開始します (必要に応じて治療食が出ます) 	
活 動	制限はありません		手術開始予定時間は (:) です		術後4時間で麻酔から覚めていれば、トイ レ歩行可となります	
清 潔	シャワー浴をすることができます 				看護師が体を拭きにまいります 	
検 査					医師の指示により必要時、血液検査、 レントゲン検査があります  	
処 置 排 泄	21時に下剤を内服します 希望により眠剤をお渡しします おへその掃除をします		(:) に浣腸をし、 手術室で尿の管を入れます 手術する部分の毛剃りを必要に応じてします 手術着にきがえます 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 		術後4時間で麻酔から覚めていれば 尿管が抜けます	
					制限はありません 	
治 療	* 抗凝固剤(パナルジン・プラビックス・パファリン・ バイアスピリン・ワーファリンなど)を服用している方 は中止して下さい 		点滴を始めます 		点滴・抗生剤 	
説 明	お薬などのアレルギー歴がある場合は医師又は看護師にお知らせ下さい 同意書は手術前までに詰所にお渡し下さい 〔手術前〕主治医が、手術、麻酔について説明します 〔手術中〕家族の方はデイルーム又は病室でお待ち下さい 〔手術後〕主治医が術後説明をします 看護師が定期的に状態の観察に訪室します		 		痛みがある時は痛み止めをしますので、お知らせください 麻酔の副作用(頭痛・吐気)などがあれば、お知らせください 退院後の注意事項について説明があります 抜糸がある方は退院後次回受診日に行います 	
						

※当院は診断群分類に基づく1日ごとの支払い方式で医療費の算定を行っています。1日当たりの金額は診断群分類ごとに国が定めています。手術等については1日ごとの金額に含まれないため別途算定し合算します。

※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

認知機能

意欲

☐ 問題なし

☐ 問題なし

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

☐ 要経過観察

☐ 要経過観察

※ 特別な栄養管理の必要性

☐ 有

☒ 無

主治医 <<ORDCT_S_A>>

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)

高知赤十字病院 外科 05-013(患者用)