

入院診療計画書

腹腔鏡下噴門側胃切除術を受けられる（ ）様へ

病名

年齢

生年月日

薬剤師

管理栄養士

2部印刷
1部:患者ファイル
1部:患者様用

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	
日付	日付を入力（ ）	(術前)	(術後)	()	()	()	()	()	()	()～()	
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	しっかりと身体を動かすことができる → 退院に向けての準備ができる							
食事	手術前日21時以降から絶飲食です (水分は麻酔科医から説明があります)		絶飲食です	飲水ができます	朝からアクアファンが開始です 昼から重湯が開始です	3分粥開始です	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です		
安静度	制限はありません		ベッド上で安静です 寝返りはできます	介助があれば立ったり 歩いたりできます	制限はありません →						
清潔	術前処置が終了後、 入浴ができます		入浴はできません	おなかの管が入っている間は、 看護師が毎日身体を拭きます			管が抜ければ、濡れないテープを貼ってシャワー浴ができます				
排泄	日中と21時に下剤を服用します		6時頃浣腸をします 麻酔で眠ったあと、 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、尿量の測定を行います			トイレの使用について、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、血液検査を行います 65歳以上の方は、血ガスの検査を行います			採血と胸部・腹部のX 線撮影を行います		血液検査を行います					
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(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、 点滴を開始します (化粧・入れ歯・指輪・ピアス・コン タクト等は、はずしてください) ※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 注射、または薬を内服して いただく場合があります	持続点滴を開始します → 食事がとれていれば4日目に点滴を終了します 抗生剤の点滴を開始します → 点滴の中に痛み止め薬が入っています → 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 胃に管を入れます → 医師の指示があれば胃の管をめきます 腹部に管が入ります → 排液量が少なくなれば抜きます 酸素吸入を開始します → 酸素の状態が落ち着いていれば酸素吸入は終了します 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 ※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)						創面保護剤をはずし、 抜糸します	
処置	おへそのそうじをします 希望により眠れるお薬を内服します			尿の管を抜いた後、排尿状態の確認を行います							
説明 指導	◆準備するもの◆ ・腹帯1枚・バスタオル1枚・アテントタイプおむつ ・食物や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 ・主治医、看護師より手術について説明があります ・麻酔科医より、麻酔について説明があります ・同意書は手術当日までに詰所にお渡しください ・手術中、家族の方は病室またはデイルームでお待ちください		術後、主治医から手術について説明があります 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 栄養士から食事について説明があります(1回目) パンフレットをお渡しします(飲水開始後、1日目または2日目予定) 術後の肺合併症・腸閉塞予防のためにも、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。			栄養士から、食事について説明がありま す(2回目)		薬剤師から、お薬について 説明があります 看護師から、退院後の注意点に ついて説明があります 病理組織の結果については、 次回外来診察時に説明を 行います			

※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◇

日常生活動作

認知機能

意欲

評価対象外

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

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)

印
又は署名

高知赤十字病院 外科 05-023(患者用)