

入院診療計画書

全身麻酔でアブレーション治療を受けられる

)様へ

病名 _____

年齢 _____

生年月日: _____

薬剤師 _____

症状 _____

受持看護師 _____

病棟 _____

管理栄養士 _____

2 部 印 刷

1部: 患者ファイル

1部: 患者様用

	入院日	手術当日	1日目	2日目	退院日
	/ /	/ /	/ /	/ ~ /	/ ~ /
	術前	術後			
目標	手術の説明を理解できる 手術に対する不安なことを話すことができる	→ 安静を守ることができます 痛い時や気分が悪い時などに訴えることができる	→ 退院後の注意事項や生活が理解できる		
食事		朝・昼は絶食となります (1時~水分制限があります) 	夕食から食事が開始となります 		
安静度	病棟内を自由に動くことができます 	ベッド上安静となります 手術後4時間はギャッジアップ30°まで可能ですがなるだけ股間節は曲げないでください。 術後4時間を経過したらベッド上フリーとなります	止血を確認できたら歩行が自由となります 	病棟内を自由に動くことができます 	
清潔	シャワー浴をしてください 		シャワー浴が可能です 		
検査処置	採血・尿検査・レントゲン撮影を行います。 (主に入院前に外来で行います) 心電図モニターを装着します お薬などで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 	手術着に着替えます 	尿の管を抜去します 採血・心電図・レントゲン撮影を行います。 		
内服点滴	内服薬の変更または中止になる場合があります	点滴をおこないます 	点滴を抜去します		
説明指導	主治医が手術について説明します 家族の方もご同席ください 薬剤師がお薬について説明します 栄養士より栄養指導があります 同意書に署名し、提出していただきます 	手術後ICUに入室します	一般病棟に戻ります		
用意する物		バスタオル1枚 ICUの荷物			

※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。

※ 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。

◇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

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン

(続柄)