

入院診療計画書

冠動脈バイパス手術(CABG)を受けられる ()様へ

リハビリ

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

病名

年齢

生年月日:

受持看護師

病棟

日時	月 日 ~ 月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 ~ 月 日
経過	一般病棟		ICU		ICU/一般病棟		一般病棟					
	手術前々日~手術前日		手術当日(術前)		手術当日(術後)		手術後1日目		手術後2日目		手術後3日目	
目標	手術を理解し同意している 必要な物品が整っている 手術に必要な検査が終了している 心身ともに安定した状態で手術を受けることができる		痛みがコントロールでき、座ることができる 経口摂取量制限が理解でき、摂取量を守れる 創部の発赤や腫脹がなく、発熱などの感染の徴候がない 胸痛発作がおきない						痛みがコントロールでき、トイレや洗面所まで歩行することができる 創部の発赤や腫脹がなく、発熱などの感染徴候がない 胸痛発作がおきない		創部の発赤や腫脹がなく、発熱などの感染徴候がない 院内歩行ができる 術後の諸検査が終了している	
食事	治療食が出ます 		絶食です 		お粥が開始になります 経口摂取量に制限があります 食事・水分の摂取量を確認します ご希望により食事の形態を変えることができます ご希望があれば看護師にお知らせください 				減塩食が出ます ご希望により食事の形態を変えることができます ご希望があれば看護師にお知らせください 			
安静度	制限はありません 		ベッド上で安静です 看護師の介助で2時間ごとに、 体の向きを変えます 		看護師の介助でベッドの 端に腰をかけたり、ベッド の横に立つ練習を行います 看護師の介助で 歩行練習をします 				制限はありません リハビリの状況によって歩行ができます 			
清潔	入浴ができます 		朝、シャワー浴ができます はみがき・ひげそりを してください 		看護師が毎日身体を拭きます 洗面は介助で行います 				ドレーン挿入中は、看護師が身体を拭きます ドレーン抜去後、創の状態によってシャワー浴ができます 			
排泄	トイレの使用について制限はありません 		術後は尿の管が入っています トイレへ行く必要はありません		手術後2~3日目に尿の管を抜きます 尿の管を抜いた後も、尿量測定を行います 尿器・ポータブルトイレを使用できます				トイレ歩行について制限はありません(トイレ歩行が難しければ、尿器・ポータブルトイレを設置します) 尿量測定は継続します(医師の指示があれば、尿量測定は終了します) 			
検査			(ベッド上で)胸のX線撮影・心電図・血液検査・ 血ガス(適宜)を行います   		(ベッド上で) 胸のX線撮影・心電図・ 血液検査を行います   		必要に応じて、 胸のX線撮影や血液検 査を行う場合があります  		必要に応じて、X線検査、CTの撮影、血液検査を行います 毎日、体重測定を行います    			
点滴 注射 治療 処置			()時頃 手術室へ行きます		首・手から 24時間持続で 点滴を行います ドレーン(心臓周囲の管)は状況を見て主治医が抜去します 							
内服	持参薬は一度す べて看護師に渡し てください  		寝る前に下剤を内服します 眠剤を希望される場合は、 看護師にお知らせください		内服は、 すべて一旦中止です		内服は、気管内チュー ブが抜ければ開始に なります					
リハビリ					深呼吸、排痰の励行 →		ベッド上に座る練習を 行います		ベッドの端に座ったり、 立位をとる練習を行 います		歩行練習の状態に合 わせて、リハビリをす すめています	
観察					1時間ごとに看護師が 検温を行います		2時間ごとに看護師が検温を行います					
説明 指導	・医師から手術について説明があります ・看護師から入院について説明(オリエンテーション)があります ・手術前日に、麻酔科医から全身麻酔についての説明があります ・薬剤師からお薬について説明があります ・手術に行くときは、義歯、指輪、ヘアピン等ははずしてください ◆準備するもの◆ ・バスタオルとタオル 3~4枚 ・ティッシュ ・バスタバンド ・らくのみ		医師からご家族の方へ、 手術後の説明を行います 		血圧が安定し、主治医から許可が出れば、 一般病棟にもどります 		栄養士から必要に応じて、退院後の 食事について説明があります(日時未定) 		看護師から退院後の生活について 説明があります 薬剤師からお薬について説明があります  入院費は保険の負担区分に応じて、一時預り金 になります。更正医療決定後精算となります。 (病院から連絡いたします。)			

※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

☐ 問題なし

☐ 要経過観察

☐ 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

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 心臓血管外科 19-002-PO