

入院診療計画書

腹腔鏡下腎手術を受けられる

( )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

症状

受持看護師

病棟

管理栄養士

|              | 手術前日                                                                                                                                                                                      | 手術当日                                                                                                                                                          | 1日目                                                                                                                                               | 2日目                 | 3~6日目                                                                                                                                              | 7~9日目                                                                                                                                                                                                |        |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|              | /                                                                                                                                                                                         | /                                                                                                                                                             | /                                                                                                                                                 | /                   | / ~ /                                                                                                                                              | / ~ /                                                                                                                                                                                                |        |
| 目標           | ☆ 手術の説明がわかる<br>☆ 安心して手術を受けることができる                                                                                                                                                         | ☆ 安静を守ることができる<br>☆ 痛いときや調子の悪いときなどに訴えることができる                                                                                                                   | ☆ 痛いときや調子の悪いときなどに訴えることができる<br>☆ しっかりと体を動かすことができる                                                                                                  |                     |                                                                                                                                                    | ☆ 退院後の注意事項や生活が理解できる                                                                                                                                                                                  |        |
| 食事           | 普通食が出ます<br>必要に応じて治療食が出ます<br>水分は ( )時まで<br>夕食は食べられません<br>下剤服用後は水分のみ可能です<br>可能です                                                                                                            | 朝から飲んだり食べたりできません                                                                                                                                              | 朝から水分は可、昼から全粥・軟菜、夕から普通食となります。<br>                              |                     |                                                                                                                                                    | 普通食がでます<br>必要に応じて治療食が出ます<br>                                                                                      |        |
| 安静           | 自由です                                                                                                                                                                                      | 術後、翌朝までベッド上安静です                                                                                                                                               | ベッドの周囲の歩行はかまいません                                                                                                                                  | 自由です                |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |        |
| 清潔           | 入浴・シャワー浴をすることができます<br>  |                                                                                                                                                               | 体を拭きます<br>洗髪できます                                                                                                                                  | 体を拭きます              | 体を拭きます                                                                                                                                             | 糸を抜いたあと入浴・シャワー浴をすることができます<br>  |        |
| 排泄           | 腸に便が残らないようにするため、下剤をのんでいただきます                                                                                                                                                              | 手術後尿道に管が入って帰ってきます<br>このため、多少の尿意がありますが、心配ありません<br>非常に強く感じるときにはご相談ください                                                                                          | 動けるようなら、尿道の管は抜きます<br>(手術の種類によっては数日後となる場合があります)<br>おなかの動きなどの状態により、鼻から入った管を抜きます<br>おなら、大便がでたらお知らせください                                               |                     |                                                                                                                                                    | 便秘やおなかのはりがあればお知らせください                                                                                                                                                                                |        |
| 血液検査<br>X線撮影 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                               | 術後、血液検査やレントゲン検査を行うことがあります                                                                                                                         | 血液検査、X線撮影をすることがあります | 血液検査をすることがあります                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                      |        |
| 治療処置         | リストバンドを装着します                                                                                                                                                                              | 手術は : からの予定です<br>手術着に着替え、点滴をします<br>手術室入室30分前に準備の内服、もしくは筋肉注射をする場合があります<br>手術部位の毛剃りをさせていただくことがあります<br>手術室にお連れします<br>点滴は翌朝まで持続します<br>痛いときは痛み止めを使いますので遠慮なくご相談ください | 点滴を行ないます<br>傷の状態を見させて頂きます<br>痛いときは痛み止めを使いますので遠慮なくご相談ください<br> |                     |                                                                                                                                                    | 発熱、傷の状態、血液検査によっては抗生剤の点滴や内服を行う場合があります<br>傷の状態を見ます<br>2~3日目に傷の部分の管を抜きます                                                                                                                                | 糸を抜きます |
| 薬            | 現在飲んでいる薬は場合により、中止になることがあります<br>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                                                                                                                         |                                                                                                                                                               | 状態をみて、中止している薬を再開します                                                                                                                               |                     |                                                                                                                                                    | 状態をみて、中止している薬を再開します<br>薬剤師がお薬について説明します                                                                                                                                                               |        |
| 必要物品         | 紙オムツ(カバータイプ) 2枚<br>バスタオル1枚<br>を準備してください                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |                     |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |        |
| 教育指導         | 医師・麻酔科医が手術について説明します<br>薬剤師がお薬について説明します<br>手術・検査同意書、麻酔同意書に署名し、看護師に渡してください<br>                           | 水分を十分とってください<br>                                                         |                                                                                                                                                   |                     | 手術結果について説明します<br>退院が決まれば退院指導を行います<br>外来予約は<br>月 日 :<br>です<br> |                                                                                                                                                                                                      |        |

※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

・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

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 泌尿器科 15-007-0(患者用)