



# 国立成育医療センター 入院診療計画書 ブイビームレーザー治療を受けられる患者用

入院 ID 患者名 生年月日 性別  
 担当医師 担当看護師  
 平成 年 月 日 以下の説明を受けました 本人・家族サイン  
 病名: 症状:

入院	入院1日目(手術前日)( / / )	入院2日目・退院日( / / )(手術前)	(手術後)
治療検査処置	外来にて 血液検査・胸部レントゲン 皮膚科・麻酔科診察 があります	病棟を出る時、 筋肉注射をする場合があります	手術後しばらくは点滴はつけたままです  食事が食べられたら点滴は抜きます  
活動(安静度リハビリ)	病棟内は自由です	坐薬を挿入したら、 またはお薬をのみましたら ベッド上にいてください	点滴が抜けたら病棟内は自由に動けます
食事	お昼より病院のお食事が食べられます	・朝のお食事はありません ( )時のお茶( )mlが手術前最後です ・ミルク又は母乳を飲んでいる方は ( )時頃( )ml 糖水又はお茶は( )時頃( )mlが最後 です	お茶、ミルクなどを飲んで吐かなければ お食事が始まります。  お茶 時頃 ml ミルク 時頃 ml 食事 時頃  
清潔	お風呂に入れます	-	手術後1週間は創部を濡らさないでください 入浴が難しいときは、体拭きをしてください (外来レーザー照射時に渡されたプリントを参考にしてください)
排泄			
説明指導	病棟内の説明をします 手術の時間をお知らせします  特別な栄養管理の必要性 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )  手術同意書・麻酔承諾書をいただきます	-	手術の後、医師からお話があります 医師から薬の塗り方についてお話があります   次回外来日の確認をします
看護			