


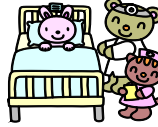
国立成育医療センター 入院診療計画書 ブイビームレーザー治療を受けられる患者用

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			