



# 国立成育医療センター入院診療計画書 Qスイッチアレキサンドライトレーザー治療を受けられる患者様用

入院 病棟(病室) 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	手術前日( / )	手術当日・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・麻酔科の 診察があります	お薬を内服、または座薬を挿入します ( )時頃、手術室は行きます	点滴をしていますが、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 でお過ごしください	点滴が抜けたら病棟内は自由です
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 ・お茶またはお水は( )時頃( )mlが最後です ・ミルクまたは母乳を飲んでいる方は( )時頃 ( )mlが最後です	お茶、ミルクなどを飲んで嘔吐が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 褥創対策に関する計画の必要性について評 価します(有・無) 特別な栄養管理の必要性(□有 □無) 手術同意書・麻酔承諾書をいただきます	手術中、ご家族の方は4階の待合室でお待ちください	手術の後、医師から薬の塗り方等について説明があります 次回外来日の確認をします
看護			