

口唇裂(初回)の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: [] 性別: [] 生年月日: [] 病棟: [] 病室: []

患者氏名: [] 病名: [] 症状: []






経過	入院日 (/)		入院2日目以降 ICU退室まで	
			手術前	手術後
患者目標	入院・手術の準備をします 転倒・転落しません		手術前の準備をします	手術した部位の安静を保ちます
治療 ・ 処置	外来で ・麻酔科診察があります 病棟で ・唇のテープをしている場合は優しく剥がします		()時 坐薬を挿入します ()時 お薬を飲みます	ICUに入室し全身管理を行います
活動	病棟内、自由です		坐薬を挿入、またはお薬を飲んだ後は、ふらつくことがあり危ないのでベッド上で過ごして下さい	・ベット上安静です ・点滴、モニターなどが抜けないように注意し、場合によっては抑制をすることがあります
食事	通常通り食べられます		<ul style="list-style-type: none"> ・午前手術の場合、朝食はありません ・午後手術の場合、朝食は軽食になります ・()時のお茶()mlが手術前最後です ・ミルク又は母乳を飲んでる方は ミルク又は母乳を()時まで()ml 水またはお茶が()時まで()mlが最後です 	
清潔	シャワーに入れます		手術の日なのでシャワー、体拭きはありせん 手術翌日は体拭きを行います	
説明 ・ 指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔同意書をいただきます <input type="checkbox"/> 身体抑制の同意書をいただきます <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します (有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します (有・無)		<input type="checkbox"/> 午前、手術室に入室の場合は午前8時までに病室にお越しください。 <input type="checkbox"/> 午後、手術室に入室の場合は午前11時までに病室にお越しください。	
メモ				

2022/2/28 作成

口唇裂(初回)の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: 性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: _____ 症状: _____

経過	入院3~4日目	入院5~8日目	退院日
	術後2~3日目(一般病棟)	術後4~7日目(一般病棟)	術後7日目
患者目標	手術した部位の安静を保ちます	手術した部位の安静を保ちます ミルクを飲みます	ミルクが飲めて手術した部位に問題がなければ退院します
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 水分補給のための点滴を行います 唇と手術した傷に軟膏を塗ります モニターをつけて呼吸の状態を観察します 	<ul style="list-style-type: none"> 傷の一部を抜糸してテーピングをします 唇と手術した傷に軟膏を塗ります モニターをつけて呼吸の状態を観察します 術後4日目に栄養の管を抜きます。栄養の管を抜いた後、飲んだり食べたりできれば点滴も抜きます。 	退院前に診察があります 傷の抜糸をして鼻にレティナという装具をいれます
活動	<ul style="list-style-type: none"> おしゃぶりなどの硬いものを口の中に入れること、指しゃぶりは避けてください 栄養の管や点滴が抜けないように注意します ベッドサイドで抱っこができます 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後も、手術後3週間までは、おしゃぶりなどの硬いものを口の中に入れること、指しゃぶりは避けてください
食事	<ul style="list-style-type: none"> 栄養の管から、白湯・ミルク注入をします 吐き気や嘔吐がなければ、少しずつ量を増やします 	<ul style="list-style-type: none"> ミルクは、手術の傷に負担がかからないようにするため、哺乳瓶の乳首ではなく、シリンジを使って飲みます 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中と同じようにシリンジを使ってミルクを飲んでください
清潔	体拭きを行います	手術した部位が濡れないようにシャワーに入ります	<ul style="list-style-type: none"> 退院後も、手術後3週間までは、シャワー浴のみとしてください。
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 栄養の管が抜けないよう、腕や体の動きを制限するための固定具を使用します <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしないよう、腕の動きを制限するための固定具を使用します 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 院内の売店で、シリンジとマイクロポアテープ茶色(細)を購入してください <input type="checkbox"/> シリンジでミルクを飲ませる方法をご家族に説明し、練習していただきます <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしないよう、腕の動きを制限するための固定具を使用します 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします <input type="checkbox"/> 傷のテーピングのしかたをご家族に説明します 

主担当医氏名 印 主担当医以外の担当者: _____

 年 月 日 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄)