

停留精巢（1泊2日）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: 停留精巢 症状: 精巢が陰のうにない

経過	入院日 (/)		退院日 (/)
	手術前	手術後	
患者目標	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません ・転倒転落しません 	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません ・転倒転落しません ・傷から血がでたり、腫れたりしていません 	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません ・転倒転落しません ・安心して退院できます
治療・処置	()時に座薬またはお薬を飲みます	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後、水分補給の点滴をします ・食事が食べられたら点滴は抜きます 	
活動	座薬やお薬を飲んだ後はふらつきがあり、危ないのでベッド上で過ごしてください	点滴が抜けないように注意してください	病棟内、自由です
食事	最終飲水(:)	<ul style="list-style-type: none"> ・1時間後飲水(:) ・2時間後飲水(:) ・その後食事が食べられます 	朝食が食べられます
清潔	手術日なのでシャワー浴も体拭きもありません		退院日なのでシャワー浴も体拭きもありません
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <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"/> 手術時間のお知らせをします <input type="checkbox"/> 手術同意書、麻酔同意書、身体抑制に関する同意書を看護師にお渡しください <input type="checkbox"/> 薬剤師による常用薬の確認、お薬の説明があります		<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします <input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物がないか確認をお願いします

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)

メモ: _____
