


停留精巣（2泊3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: 停留精巣 症状: 精巣が陰のうにない

経過	入院日 (/ /)	入院2日目 (/ /)		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 	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません ・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	手術の後は水分補給の点滴をしています	
活動	病棟内、自由です	座薬やお薬を飲んだ後はふらつきがあり、危険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	お昼より病院の食事が食べられます	<ul style="list-style-type: none"> ・朝の食事はありません ・最終飲水(:) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術1時間後飲水(:) ・手術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	シャワーに入ります	手術日なのでシャワー浴はありません		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"/> 明日の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"/> 薬剤師より常用薬の確認、お薬の説明があります		<input type="checkbox"/> 手術の後、医師からお話があります	<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: _____
