

良性腫瘍切除術を受けられる患者さん



(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 (/ /) | | 退院日 (/ /) |
|-------|---|--|--|---|---|
| | | | 手術前 | 手術後 | |
| 患者目標 | 入院・手術の準備をします | | 手術前の準備をします | 点滴が抜けるまでは、ベッド上で安静に過ごします | 手術をした部位に問題がなければ退院します |
| 治療・処置 | 外来にて、皮膚科・麻酔科の診察があります | | ()時お薬を内服、または座薬を挿入します ()時頃、手術室へ行きます | 点滴をしています、食事が食べられたら点滴は抜きます | |
| 活動 | 病棟内は自由です | | お薬を内服、または座薬を挿入したらベッド上でお過ごしください | 点滴が抜けるまでは、ベッド上で安静に過ごしてください 点滴が抜けたら病棟内自由です | 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 お水またはお茶を()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、ミルクを飲んで嘔吐がなければ、お食事が出来ます。 お茶: _____ 時頃 _____ ml ミルク: _____ 時頃 _____ ml 食事: _____ 時頃 | お食事ができます  |
| 清潔 | お風呂に入れます | | | | |
| 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"/> 薬剤師からお薬の説明があります <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書をいただきます <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"/> 手術の間、ご家族の方は4階の待合室でお待ちください <input type="checkbox"/> 午前中の手術の場合は8時まで、午後の手術の場合は11自までに病室へお越してください | <input type="checkbox"/> 手術の後、医師から説明があります <input type="checkbox"/> 手術をした部位は、ガーゼで覆われています。手術当日は、創部を濡らさないように気をつけましょう  | 医師より、パンフレットをお渡しし、退院後の生活上の注意点について説明します <input type="checkbox"/> 次回外来日の確認をします <input type="checkbox"/> 手術をした部位を1日1回石鹸で洗って下さい <input type="checkbox"/> 軟膏がある場合は、夜から塗り始めて下さい |

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: _____

