

陰のう水腫（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: 陰のう水腫 症状: 陰のうのふくらみ
 入院日:

経過	1900/1/0		1900/1/1
	手術前	手術後	退院日
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"> ・手術の後は水分補給の点滴をしています ・手術後食事が食べれば点滴を抜きます 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・手術のため朝食は食べないで下さい。 ・()時のお茶()ml が手術前最後です ・ミルクまたは母乳を飲んでいる方は()時に()ml が手術前最後です 	<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	シャワー浴、体拭きはありません		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 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
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性	X	「手術/検査日程」要入力
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性		実施有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日程:
			内容: <u>陰のう水腫手術</u>

主担当医氏名: 印 主担当医以外の担当者: _____

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

 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:

