

鼠径ヘルニア 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:

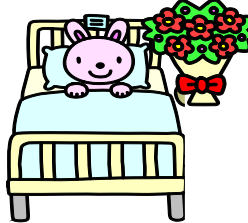
患者氏名:

病名:

鼠径ヘルニア

症状:

鼠径部の腫脹

経過	入院日 (/)	入院2日目 (/)	退院日 (/)
患者目標	安心して手術を迎えられる	身体損傷なく過ごす	全身状態が良好である
治療・ 処置	外来にて 血液検査 ・ 胸部レントゲン 麻酔科診察	()時 坐薬を挿入します ()時 お薬をのみます 手術後、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	坐薬を挿入したら、またはお薬をのみましたらベッド上にいてください 術後点滴が抜けたら、病棟内自由です	退院後2週間は、跳んだり跳ねたりする運動はやめて下さい
食事		<術前> ・ 朝のお食事はありません ・ ミルク又は母乳を飲んでいる方は()時頃()mlが最後です ・ 糖水又はお茶を()時頃()mlが最後です <術後> 飲水して、嘔吐がなければ食事ができます 初回引水 時頃 ml 2回目 時頃 ml 食事 時以降	
清潔	お風呂に入れます		次回外来日まで入浴は止めてください シャワーはできます
説明・ 指導	☐ 病棟内の説明をします ☐ 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) ☐ 特別な栄養管理の必要性について評価します (有・無) ☐ 手術の時間をお知らせします ☐ 薬剤師からお薬の説明があります ☐ 手術同意書・麻酔同意書・身体抑制同意書をいただきます	☐ 手術の後、医師からお話があります	☐ 傷のテープは次回の外来まではがさないで下さい ☐ はがれた場合は、市販の絆創膏をはって下さい ☐ 次回外来日をお知らせします ☐ スタッフとお忘れ物の確認をします

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: