

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:
 精巣が陰のうにない

入院日:

経過	1900/1/0		1900/1/1
	手術前	手術後	退院日
患者目標	・お熱がありません ・転倒転落しません	・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	・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 ・手術後食事が食べれたら点滴を抜きます	
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	・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	・1時間後飲水(:) ・2時間後飲水(:) ・2時間後飲水が問題なくできれば、食事が開始となります	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	☐ 病棟内の説明をします ☐ 手術時間のお知らせをします ☐ 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 ☐ 薬剤師による常用薬の確認、お薬の説明があります		☐ 次回外来日をお知らせします ☐ スタッフとお忘れ物がいないか確認お願いします
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性	手術/検査日程 要入力	実施有無: 有 日程:
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性		内容: 停留精巣固定術

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: