

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           | <div><div>・お熱がありません</div><div>・転倒転落しません</div></div>                                                                                                                                                                                          | <div><div>・お熱がありません</div><div>・転倒転落しません</div><div>・傷から血がでたり、腫れたりしていません</div></div> | <div><div>・お熱がありません</div><div>・転倒転落しません</div><div>・安心して退院できます</div></div>                                                 |
| 治療・処置          | <div>( )時に座薬またはお薬を飲みます</div>                                                                                                                                                                                                                 | <div><div>・手術の後は水分補給の点滴をしています</div><div>・手術後食事が食べれば点滴を抜きます</div></div>             |                                                                                                                           |
| 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             | <div><div>・手術のため朝食は食べないで下さい。</div><div>・( )時のお茶( )ml が手術前最後です</div><div>・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</div></div>                                                                                                                     | <div><div>・1時間後飲水( : )</div><div>・2時間後飲水( : )</div><div>・その後食事が食べられます</div></div>  | <div>朝食が食べられます</div> <div></div>       |
| 清潔             | シャワー浴、体拭きはあります                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                           |
| 説明・指導          | <div><div><input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします</div><div><input type="checkbox"/> 手術時間のお知らせをします</div><div><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</div><div><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</div></div> |                                                                                    | <div><div><input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします</div><div><input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物がありませんか確認をお願いします</div></div> |
| 「栄養管理/褥瘡対策」要判断 | <div><div><input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性</div><div><input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性</div></div>                                                                                                                                 | <div><div>「手術/検査日程」要入力</div></div>                                                 | 実施有無: <div>有</div> 日程: <div></div>                                                                                        |
|                |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    | 内容: 陰のう水腫手術                                                                                                               |

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_