

陰のう水腫（2泊3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		1900/1/2
	入院日	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	・ お熱がありません ・ 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ば点滴を抜きます	
活動	病棟内、自由です	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	お昼より病院の食事が食べられます	・ 朝から食事はありません。 ・ ()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	シャワーに入ります	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 ☐ 明日の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 ☐ 薬剤師より常用薬の確認、お薬の説明があります		☐ 手術の後、医師からお話しがあります	☐ 次回外来日をお知らせします ☐ スタッフとお忘れ物がないか確認をお願いします
「栄養管理/褥瘡対策」要判断	☐ 特別な栄養管理の必要性		実施有無: 有	日程:
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性		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: