

膀胱鏡・尿管ステント（手術当日入院）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:

症状:

入院日:

経過	手術日		退院日
	1900/1/0（入院日）		1900/1/1（退院日）
	手術前	手術後	
患者目標	・お熱がありません ・転倒転落しません	・お熱や痛みがありません ・手術部を安静に保ちます	・お熱や痛みがありません ・手術部を安静に保ちます ・転倒転落せず歩行ができます
治療・処置	☐ 手術前に浣腸があります ☐（）時に座薬またはお薬を飲みます	☐ 術後は水分補給の点滴が入ってます ☐ 術後に1回、抗菌薬を点滴から投与します ☐ 痛みがある場合は痛み止めを使用します	☐ 1日1回眠前に抗菌薬を内服します（内服不要の場合もあり） ☐ 痛みがある場合は痛み止めを使用します
活動	・座薬またはお薬を飲みましたらベッド上で過ごして下さい ・手術前のお薬がない場合、病棟内自由です	・術後はベッド上で安静にしてください ・トイレへの歩行は可能です ・点滴が抜けないよう注意してください	・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（座って食事ができます）	・朝食が食べられます
清潔	手術当日はシャワー浴はありません		退院日のため、シャワー浴はありません
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	☐ 手術後、医師からお話があります ☐ 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ないか確認します
「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	実施有無: 有 日程:
	☐ 褥瘡対策に関する計画の必要性		内容: 膀胱鏡・尿管ステント

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: