

副耳の手術を受ける患者さん (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: 副耳

症状: 副耳を認めます

入院日:

経過	入院 1日目		入院 2日目
	1900/1/0		1900/1/1
	手術前	手術後	退院日
患者目標	安心して手術が受けられる	・ 全身状態が安定している ・ 傷に異常がない	・ 傷から出血がない ・ 安心して退院ができる 
治療・処置	・ () 時にお薬を飲みます。または、座薬を入れ ます	・ 手術後、点滴をします ・ ご飯が食べられたら点滴を抜きます ・ 痛む時は、鎮痛剤を使用します	退院前に診察があります 
活動	お薬を飲んだ後はふらつくこともあるため危ないので、ベッド上で過ごしてください	手術後は目が覚めたら病棟内で自由に過ごせます	・ 病棟内で自由に過ごせます ・ 退院後の注意点は手術説明書を参照してください
食事	入院後、手術までは指示があった場合以外は飲食禁止です	・ 1時間後、お茶又は水() ml ・ 2時間後、お茶又は水() ml ・ お茶、水などを飲んで吐かなければミルク(母乳)や食事が 始まります	
清潔	手術日なのでシャワーも体拭きもありません		退院後の注意点は手術説明書を参照してください
説明・指導	☐ 病棟の説明をします ☐ 同意書をお預かりします ☐ 薬剤師からお薬の説明があります ☐ 手術時間をお伝えします	☐ 手術後、医師から説明があります	☐ 忘れ物がないかスタッフと共に確認します ☐ 退院後、特に制限はありません
「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: 副耳切除術

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:

