

Qスイッチアレキサンドライトレーザー治療を受ける患者さん

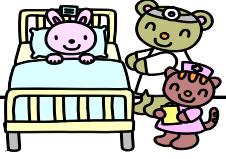
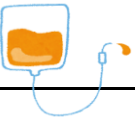
(入院診療計画書)

患者ID:

性別: 生年月日: 病棟: 病室:

患者氏名: 病名: 太田母斑 症状: 顔の青いあざを認めます

入院日:

経過	1900/1/0		1900/1/1 (退院日)	
	入院日		手術前	手術後
患者目標	入院、手術の準備をします 		手術前の準備をします	- 点滴が抜けるまでは、ベッド上で安静に過ごします - 退院後の生活の注意点について説明を聞き、食事が食べられたら点滴は抜きます
治療・処置	外来にて 皮膚科・麻酔科診察があります 		()時にお薬をのみます - 病棟を出る時、筋肉注射をする場合があります	- 手術後しばらくは点滴はつけたままです - 食事が食べられたら点滴は抜きます 
活動	病棟内は自由です		坐薬を挿入、またはお薬をのみましたら、ベッドの上でお過ごしください	点滴が抜けたら病棟内は自由に動けます
食事	お昼より病院のお食事が食べられます 		- 朝のお食事はありません ()時のお茶()mlが手術前最後です - ミルク又は母乳を飲んでいる方は、()時頃()ml 糖水又はお茶は()時頃()mlが最後です	お茶、ミルクなどを飲んで吐かなければ、お食事が始まります - お茶 : () 時頃 () ml - ミルク: () 時頃 () ml - 食事 : () 時頃 () ml
清潔	お風呂に入れます 			- 手術当日は創部を濡らさないでください - 入浴が難しいときは、体拭きをしてください - 手術翌日からは、優しく泡で洗浄してください (お渡ししているプリントを参考にしてください)
説明・指導	☐ 病棟の説明をします ☐ 同意書をお預かりします ☐ 手術の時間をお知らせします		☐ お時間までに病室にお越しください 午前、手術室に入室の方 : 8時 午後、手術室に入室の方 : 11時 ☐ 手術の後、医師からお話があります	☐ 医師から薬の塗り方についてお話があります ☐ 次回外来日の確認をします ☐ 忘れ物がないかスタッフと共に確認します
「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」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: Qスイッチアレキサンドライトレーザー

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:

