

予定帝王切開術（母児異室）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:

 症状:

入院日:

 分娩日:

経過	分娩前日		産褥0日目（手術前）		産褥0日目（手術後）		
	#####		1900/1/0		1900/1/0		
患者目標	・ 入院環境に慣れることができる ・ 不安なく手術を迎えることができる		不安なく手術を迎えることができる		心身共に回復に向かうことができる 痛み止めを使いながら、痛みをコントロールできる 乳房の変化に対応できる 合併症を起こさない		
治療・処置	・ 入院時、身長・体重を測ります ・ 採血があります ・ お腹から恥骨までの毛を剃ります ・ 入院時にNSTモニター、夜に児心音を聞きます		・（朝）手術室へ行く前に児心音を聞きます ・ 手術室に行く前に着替えを済ませてください ・ 手術室入室後に点滴を取ります ・ 麻酔導入前後に児心音を聞きます		・ 心電図モニター、酸素の値を測るモニターを付けます ・ 静脈血栓予防のためのフットポンプを持続的に付けます ・ 定期的に検温と出血の有無を確認します ・ お小水の管が入っています ・ 手術室より点滴がつながっています （吐き気止めのお薬を帰室後6時間後、12時間後に注射します） ・ 希望される方は痛み止めを使うことができます ・ 乳頭刺激マッサージを開始します		
活動	制限はありません		制限はありません		・ 帰室後よりベッド上で安静です ・ 2 ～ 3時間毎に体の向きを変えます		
食事	昼食より食事を開始します		0時以降は飲んだり食べたりできません OS-1か水であれば（ ： ）まで飲むことができます。 飲んだ量をスタッフへお知らせください		食事はできません ※スタッフの許可が出たら水分(水・お茶のみ)は取ることができます		
清潔	シャワー浴ができます				夜洗面のタオルをお渡しします		
説明・指導	☐ 入院中(手術)のスケジュールについて説明します ☐ 希望される方はOS-1(ゼリー不可)の準備をお願いします ☐ 内服しているお薬がある方はお知らせください ☐ 手術・輸血・血漿分画製剤・麻酔の同意書をお預かりします ☐ 薬剤師からお話があります		☐ 髪の毛の長い方は飾り・金具のないゴムで結んでください ☐ 指輪・ピアス・コンタクトレンズ・マニキュアは外してください ☐ 眼鏡の方は眼鏡ケースの用意をお願いします		☐ 乳頭刺激マッサージの方法を説明します		
「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:	帝王切開術		
メモ							

2021/6/9 作成
 2023/12/4 改訂

予定帝王切開術（母児異室）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:
 症状:

入院日:
 分娩日:

経過	産褥1日目 1900/1/1	産褥2日目 1900/1/2	産褥3日目 1900/1/3	産褥4日目 1900/1/4	産褥5日目 1900/1/5	産褥6日目 1900/1/6	産褥7日目 1900/1/7
患者目標	心身共に回復に向かうことができる 乳房の変化に対応できる 育児技術を習得できる 痛み止めを使いながら、痛みをコントロールできる						
	歩行することができる						
治療・処置	・採血があります ・創部の圧迫固定を解除します ・歩行が出来たらお小水の管を抜きます ・食事が取れたら点滴を抜きます ・痛み止めを使うことができます					・産後検査があります （採血・採尿・体重測定） ・退院診察があります （内診・超音波検査） ・創部の絆創膏をはがします （必要時、抜鉤）	午前中の退院をお願いします
活動	室内のみ歩行できます （トイレ・洗面まで）	病棟内は自由に歩行できます	特に制限はありません				
食事	昼食から流動食になります ※段階的に形のあるものになっていきます	昼食から産後御膳になります	産後御膳	産後御膳 夕食はお祝いディナーまたはお祝い膳	産後御膳	産後御膳	産後御膳（朝食まで）
清潔	朝洗面のタオルをお渡しします 体拭き	体拭き	創部のチェックが終わり次第、シャワーに入れます	シャワー（創部はシャワーでしっかりと洗浄してください）			
説明・指導	☐ 外陰部消毒法について説明します ☐ 乳頭刺激・搾乳の練習を行います					☐ 1か月健診の予約をします（母）	☐ 忘れ物がないか確認します
☐ 退院後の生活に関するお話があります（月・水・金）（ / ）							

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）