

胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を受けられる患者さん（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:

経過	入院日		手術日					
	1900/1/0		1900/1/1					
			手術前	手術後				
患者目標	・ 入院環境に適応できる ・ 不安なく手術を迎えることができる			・ 切迫兆候について理解し、破水・陣痛発来がない ・ 皮膚トラブルがない				
治療・ 処置	・ 入院時、身長・体重を測ります ・ 採血があります ・ 医師による診察があります ・ 赤ちゃんの心拍を確認します		・ 朝、点滴が始まります （おなかの張りを抑える点滴を開始します） ・ 手術室へ行く前に麻酔による吐き気止めの注射をします ・ 朝、手術室へ行く前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 ・ 定期的に検温を行います ・ お小水の管が入っています ・ 帰室後3時間のところで超音波検査があります ・ 継続しておなかの張りを抑える点滴をします ・ 22時に抗生剤の点滴を行います				
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	病院のお食事をご用意します		・ 0時以降は飲んだり食べたりできません ・ 予定手術時刻の3時間前まで清澄水のみ飲用できます	病院のお食事をご用意します				
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	☐ 病棟の説明をします ☐ 入院中（手術）のスケジュールについて説明します ☐ 同意書をお預かりします（手術、輸血、麻酔） ☐ 内服しているお薬がある方はお知らせください ☐ 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・コンタクトレンズは外してください					
「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:	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術			
メモ：								

胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を受けられる患者さん（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：

経過	術後 1日目	術後 2日目	術後 3日目	術後 4日目
	1900/1/2	1900/1/3	1900/1/4	1900/1/5
患者目標	切迫兆候について理解し、破水・陣痛発来しない			
	歩行することができる		安静度の範囲内で生活できる	
治療・処置	・ 採血があります ・ 超音波検査があります ・ 継続しておなかの張りを抑える点滴をします ・ 歩行が出来たらお小水の管を抜きます	・ 超音波検査があります ・ 継続しておなかの張りを抑える点滴をします	・ 児心音を聞きます （超音波検査があるときはありません） ・ 継続しておなかの張りを抑える点滴をします	・ 超音波検査があります ・ 超音波検査後、問題なければお腹の張りを抑える点滴は終了します
活動	室内のみ歩行できます（トイレ・洗面まで）	病棟内のみ歩行可能になります （基本的には安静です）	病棟内のみ歩行可能になります （基本的には安静です）	病棟内のみ歩行可能になります （基本的には安静です）
食事	朝から開始となります	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します
清潔	・ 朝、洗面タオルをお渡しします ・ 体拭きをさせていただきます	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます
説明・指導				
メモ：				

胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を受けられる患者さん（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：

経過	術後 5～6日目	術後 7日目	術後 8～12日目	術後 13日目	術後 14日目（退院日）
	1900/1/6 ～ 1900/1/7	1900/1/8	1900/1/9 ～ 1900/1/13	1900/1/14	1900/1/15
患者目標	切迫兆候について理解し、破水・陣痛発生しない				
				退院後の生活について理解できる	
治療・処置	児心音を聞きます （超音波検査があるときはありません）	・ 超音波検査があります ・ 採血があります ・ 創部の抜糸があります	児心音を聞きます （超音波検査があるときはありません）	・ 超音波検査があります ・ 採血があります	・ 超音波検査があります ・ 午前中の退院をお願いします
活動	病棟内のみ歩行可能になります	特に制限はありません	特に制限はありません	特に制限はありません	特に制限はありません
食事	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します	病院のお食事をご用意します
清潔	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます	シャワーに入ることができます
説明・指導			☐ 医師と退院日の相談をします	☐ 退院後の生活についてお話させていただきます ☐ 次回外来受診日の予約をします	☐ 忘れ物がないかスタッフと共に確認します

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）