

人工肛門閉鎖術を受けられる患者さんへ





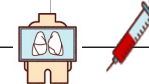












入院診療計画書

説明日: 20 年 月 日
 入院日: 20 年 月 日
 手術日: 20 年 月 日

下部消化管外科 _____ 病棟 _____ 号室 患者氏名 _____ 様 病名 _____ 症状 _____

入院目的: 手術 手術内容: 人工肛門閉鎖術 主治医 _____ 受け持ち看護師 _____

推定される入院期間: 12日 特別な栄養管理の必要性: 無・有 主治医以外の担当 _____

| 経過 | 入院日～手術前日まで (/) | 手術当日 (/) | 1日目 (/) | 2日目 (/) | 3日目 (/) | 4-5日目 (/) | 5-6日目 (/) | 7日目～12日目退院 (/) |
|---------------|---|--|---|--------------|---|--|---|---|
| 治療 処置 | <ul style="list-style-type: none"> 手術前日 入浴またはシャワーを浴びてください ()時: 下剤を飲みます  | ()時()分 着替え後、手術室へ行きます 午後からの手術の場合 点滴をします 手術後、回復室へ入ります <ul style="list-style-type: none"> 酸素マスクをします 静脈血栓塞栓症(エコミークラス症候群)予防のため、下肢の圧迫装置または抗凝固薬(血が固まりにくくする薬)を使用します  | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 退院後のお薬は退院当日お渡しします  |
| 検査 | <ul style="list-style-type: none"> 術前・術後ともに、必要な時期に適宜採血とレントゲンがあります | |  | |  | | |  |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 手術前日の昼食まで食べられます 水分は24時までです | <ul style="list-style-type: none"> 手術後は指示があるまで食べたり飲んだりできません 24時間点滴開始  | 水分開始  | |  | 5分粥 点滴終了 | 米飯 ・よく噛んでゆっくり食べましょう | |
| 排泄 | | <ul style="list-style-type: none"> 尿を出す管が入ります  | <ul style="list-style-type: none"> 動けていれば尿の管を抜きます | |  | <ul style="list-style-type: none"> 肛門周囲の皮膚を保護するクリームを塗ってください  | | |
| 安静度 | <ul style="list-style-type: none"> 自由です | <ul style="list-style-type: none"> ベッド上です 体の向きを変えることはできません。 | <ul style="list-style-type: none"> はじめは看護師と一緒に歩行します | | | | <ul style="list-style-type: none"> 体調に合わせて行動範囲を広げましょう | |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴可です | | <ul style="list-style-type: none"> 体拭きを行います 医師の許可があればシャワー開始です | | | |  | |
| 説明 | <ul style="list-style-type: none"> 主治医よりご家族の方も含めて説明があります (/)の(:)頃 | <ul style="list-style-type: none"> ご家族に主治医より手術結果の説明があります  | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について説明します |
| リハビリテーション等の計画 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師より手術についての大きな流れ、必要物品などをご説明します 麻酔科の医師がお部屋に伺います (麻酔の同意書は看護師に渡してください) 手術室の看護師がお部屋に伺います  | | <ul style="list-style-type: none"> 吐き気やおなかの痛みなどの症状があれば医師または看護師にお知らせください。  | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 診断書が必要な方は退院後に外来受付窓口で手続きをしてください。  |

※状況に応じて予定が変更になる場合がありますので、ご不明な点がありましたらお尋ねください

上記の通り診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。

同意日: 20 年 月 日

患者本人署名

親族又は代諾人署名

(患者さまとの続柄:)