

患者ID

入院診療計画書

兵庫医科大学病院
説明年月日 年 月 日

コイル塞栓術(未破裂動脈瘤)を受けられる患者さんへ

脳神経外科 ()病棟 ()号室

患者さま氏名

病名

主治医以外の担当者署名

入院目的

症状

推測される入院期間 約 (日・週・月)

特別な栄養管理の必要性 有・無

手術の内容(術式等)

経過	入院日・手術前 (/)	当日 (/)	手術後 (/)
安静	・自由です。		・ベッド上安静です。 (頭部を上げないようにして下さい。)
検査	・CTの検査・採血を行います。 ・手術に必要な検査を行います。 〔レントゲン・心電図・呼吸機能〕		<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffffcc; padding: 5px;"> <p>出血予防の為、 検査した方の足を曲げないようベッド上で安静にして下さい。 足を曲げなければ横を向くことができます。</p> <p>頭痛・悪心・嘔吐など気分不良時はお知らせ下さい。</p> </div>
処置	・常備薬の確認をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・除毛します。 ・手術前に検温を行います。 ・点滴をします。 (手術室で行います。) 	
食事	・手術前日の21時からは 絶食です。 		・手術当日の9時から絶食です。 
排泄	・自由です。		<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffffcc; padding: 5px;"> <p>・ベッド上で行います。 便意がある場合はお知らせください。 看護師が介助を行います。</p> </div> <p>・術後、尿の管が入っています。</p> 
清潔	・シャワー可能です。 必要に応じて清拭を行います。		
説明	・手術に必要な書類に、 署名・捺印をして看護師に渡して下さい。 		・手術の結果説明を行います。 
その他	・緊急手術の状況に応じて、予定が変更となる場合があります。		※手術は全身麻酔で行います。 その他、不明な点がありましたら、お尋ね下さい。 

※この表はおよその経過を表示しているもので、病状により変更になる場合があります。

主治医署名	
上記の通り説明を受けました	年 月 日
患者本人署名	

説明看護師署名	
主治医以外の担当者署名	
親族又は代理人署名	続柄

経過	手術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
安静	・安静解除後、 トイレまで歩けます。	・トイレ歩行できます。	・棟内歩行できます。	・院内歩行できます。			
検査	・採血、CT、またはMRIの 検査を行います。 				・採血を行います。 		
処置	・検温;3回(起床時、 昼食後、夕食後) ・尿の管を抜きます。	・検温;2回 (起床時、昼食後)	・検温;1回 				
食事	・朝または昼から食事です。 						
排泄	・歩いてトイレに行けます。						
清潔	・体を拭きます。		・シャワーに入れます。 				
説明		・退院に向けての 説明を行います。					
その他							