

(右・左)下肢静脈瘤高位結紮術・ストリッピング術(短期用) 入院診療計画書

患者様用

説明年月日 年 月 日

患者名	病棟・病室	病棟	号室	病名	症状
入院目的	推定される入院期間 3日			特別な栄養管理の必要性 有・無	
主治医署名	担当看護師署名			主治医以外の担当者署名	

月 日 経 過	手術前日		手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日
達成目標	・手術に対する受容ができ、自らの意思で手術に臨むことができる			・痛みが最小限に抑えられる ・出血がない	・サポーターを巻くことができる ・退院後の注意について述べるができる
治療・薬剤 処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>常に内服しているお薬があればお知らせください</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術部位の除毛を行います</li> <li>必要に応じ、眠前に下剤・睡眠薬を内服して頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>起床したら洗面をすませましょう ※化粧はしないでください</li> <li>常用薬のうち必要なもののみ内服して頂きます</li> <li>手術着に着替えてください ※手術着・紙パンツは看護師がお持ちします</li> <li>手術に行く前に医師の指示によりお薬を飲んでいただくことがあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後点滴 ※点滴を1本行います</li> <li>常用薬の再開</li> <li>創のガーゼ交換 ※医師が創の状態を観察し、ガーゼで保護します</li> </ul>	
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>ドップラー聴診</li> <li>超音波検査</li> <li>空気圧脈波</li> <li>※静脈瘤の程度を確認し、手術部位を決定するために外来で行います</li> </ul>				・採血をします
活動・安静度	・制限はありません		・注射後はベッドで安静にして下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>トイレ歩行可</li> <li>※術後初めて歩く際は必ず付き添いますのでお知らせ下さい</li> </ul>	・院内歩行可
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>普通食</li> <li>治療食{ }</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;手術が午前の場合&gt; 21時以降は何も食べないで下さい 水分は24時以降飲まないで下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;手術が午後の場合&gt; 朝食以降は何も食べないで下さい 水分は10時以降飲まないで下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※気分不良がなければ(昼食・夕食)から食べていただいて結構です 看護師が確認に参ります</li> </ul> 	
清潔	・必ず入浴・シャワーをして下さい			<ul style="list-style-type: none"> <li>・抜糸して許可ができるまで入浴・シャワーは禁止です</li> <li>・洗髪・体拭きを必要時介助します</li> </ul>	
患者様及びご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟オリエンテーション</li> <li>医師より手術内容説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術前オリエンテーション</li> <li>※看護師より前処置、安静度について説明します</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師より手術の経過について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師よりサポーターの巻き方について説明があります</li> <li>・退院時説明 ※退院後の生活、治療について説明します</li> </ul>
必要書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院誓約書</li> <li>病衣申込書</li> <li>手術同意書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(室料差額同意書)</li> <li>※以上を看護師にお渡しください</li> </ul>			

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後検査など進めていくにしたがって変更する場合があります。その際は再度説明します。  
注2) 入院期間については、現時点で考えられるものです。

説明医師より診療計画について十分説明を受けましたので同意します。

同意年月日 年 月 日 患者本人署名 親族又は代理人署名 (患者との続柄)