











内視鏡下鼻内手術(全身麻酔)入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

耳鼻咽喉科・頭頸部外科()病棟 ()号室 患者氏名()様 病名:症状()
 入院目的(手術加療) 手術内容() 推定される入院期間(約 日間) 特別な栄養管理の必要性(有・無)

	入院日～手術前日 (/ ~ /)	手術当日(術前) (/)	手術当日(術後) (/)	翌日～6日目 (/ ~ /)	退院前日	退院日	術後および退院後の注意事項
安静度	院内自由 	病棟内自由	ベッド上安静 3時間後トイレ歩行可	院内自由 			<ul style="list-style-type: none"> 術後、創部にガーゼがあたっている間は、ご自身のフェイスタオルをよく絞り顔を拭いて下さい のどに垂れ込んできた血液は飲み込まず、ティッシュに拭ってください。出血量が増えたときは看護師にお知らせ下さい 痛みは我慢せず、看護師にお知らせ下さい 術後5日間は鼻をかまないようにして下さい 約1週間は重労働や激しい運動は避けて下さい 医師の許可があるまで禁酒を守り、刺激物を避けて下さい 鼻内乾燥予防の為、外出時はなるべくマスクを着用して下さい 退院後3日間はシャワーのみにして下さい。入浴を始める際は熱い湯に20分以上入らないようにして下さい 指示された受診日には必ず来院して下さい その他何か分からない事やお困りの事がございましたら連絡して下さい
食事	・常食もしくは治療食 ・前日の指示の時間以降は飲食ができません 	・経口補水液(OS-1)以外の物は口にしないでください 	・術後3時間後より飲水のみ可能(看護師が、腸の動きを確認してからになります) ・夕食はお粥から開始になります	常食もしくは治療食 			
清潔排泄	入浴可		・安静中は、車椅子でトイレまでお連れします。ふらつきがあれば、尿器やポータブルトイレを設置します。	<ul style="list-style-type: none"> 術翌日より首下シャワー可 術後2日目より洗髪、シャワー可 			
点滴内服	・入院時、持参の内服がある方は薬剤師または看護師にお知らせ下さい	・朝6時に経口補水液(OS-1)をお渡しします。 手術予定時刻の3時間前までにお飲み下さい。	・抗生剤の点滴 ・夕食後より、カルボシステイン、レバミピド、セレスタミンの内服開始	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴 抗生剤は点滴終了後に内服に変更になります ・鼻内ガーゼ全除去後、点鼻薬開始 	退院処方をお渡しします		
検査処置	・医師より問診があります			<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、処置時に鼻内のガーゼを抜きます 	退院前診察		
説明指導、その他(リハビリテーション等の計画)	入院オリエンテーション 術前オリエンテーション 医師より手術説明 麻酔科医の術前訪問 手術室看護師の術前訪問 ※ 手術同意書・手術説明書 を看護師に提出してください。 麻酔同意書 は麻酔科医に提出してください ※術前オリエンテーションの際に、手術予定時間をお伝えします。	<ul style="list-style-type: none"> ・手術30分前に手術衣、紙パンツ、ストッキングへ更衣します ・義歯、コンタクトレンズ、時計、指輪など貴金属類は必ず外しておいてください ・化粧、マニキュアを落としておいて下さい ・貴重品の管理に十分注意してください。 	医師・看護師より術後の説明があります	<ul style="list-style-type: none"> 診断書・保険書類などのある方は、耳鼻科外来窓口にお渡しください。 	看護師より退院説明があります	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の確認後に退院となります 	<p>※平日:耳鼻科外来 0798-45-6260 ※時間外・休日:9東病棟 0798-45-6690</p> <p>＜出血時の対応＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下を向いて鼻をつまみ目の間を氷で冷やし15分程そのまま様子を見て下さい。その後も出血が続くようであればご連絡下さい ・のどにたまった血液は飲み込まないようにして下さい

主治医署名() 主治医以外の担当者署名() 説明看護師署名()

上記のとおり説明を受けました。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()