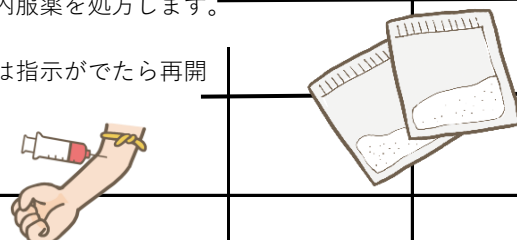
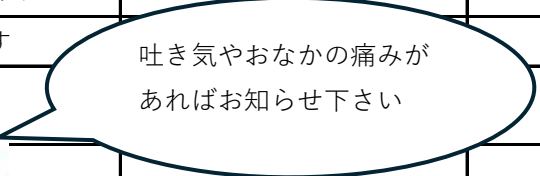



## 入院診療計画書 人工肛門閉鎖術を受けられる方へ

炎症性腸疾患外科 ( ) 病棟 ( ) 号室 氏名 ( ) 様) 説明年月日 年 月 日

病名・症状 ( ) 入院目的: 手術 推定される入院期間 約12-15日間 特別な栄養管理の必要性 ( 無 ・ 有⇒ )

主治医名: 主治医以外の担当名: 説明看護師名:

経過	入院日 手術前日	手術当日	1日目	2日目	3日目	4日から6日目	7日目	8日目～退院	
	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / ) ~ ( / )	( / )	( / ) ~ ( / )	
治療 処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常服用されている薬の確認をさせていただきます。</li> <li>・下剤、抗菌薬を飲みます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・着替え後手術室へいきます。</li> <li>・点滴を行います</li> <li>・手術後部屋または回復室へ入ります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて内服薬を処方します。</li> <li>・持参された薬は指示がでたら再開してください。</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後お薬は退院当日にお渡しします</li> </ul>
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術前・術後ともに、必要な時期に適宜採血とレントゲン検査を行います</li> </ul>								
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・制限はありません。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベット上です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初は看護師と歩きます</li> </ul>	制限はありません					
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・体の向きを変えることはできません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟内歩行</li> </ul>						
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夕食まで、飲水は24時までです。</li> <li>※場合によっては絶食です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・絶飲食です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲水のみ</li> </ul>			5分粥 ・よく噛んでたべましょう	全粥	米飯	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴、シャワー</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・体拭きを行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シャワー</li> </ul>					
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・制限はありません。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿を出す管が入ります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行ができていれば尿を出す管を抜きます</li> </ul>						
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医より家族の方も含めて説明があります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医から家族さんへ説明があります</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の生活について説明します</li> </ul>	
その他 (指導、リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師より手術について大まかな流れ、必要物品の説明を行います。</li> <li>・麻酔科の医師がお部屋に伺います。</li> <li>・手術室の看護師がお部屋に伺います。</li> </ul>								

注1) 診療内容は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

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。 ( 年 月 日)

本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄
------	-----------	--------