

患者ID  
生年月日  
性別

## 手の手術(全身麻酔用)入院診療計画書

説明年月日 年 月 日

整形外科 ( )病棟( )号室 患者氏名: 様 病名: 症状:

入院目的: 手術 手術の内容(術式等): 推定される入院期間: 日

説明医師署名: 受持ち看護師名:

主治医以外の担当者名: 特別な栄養管理の必要性: 無・有⇒( )

	入院日(手術前日) /	手術当日 /	術後1日目 /	退院日 /
処置	ネームバンド装着	手術出棟時弾性ストッキングを両足に履きます	歩行可能になればストッキングを脱ぎます	
検査			レントゲンをとります。	
内服	持参薬確認(薬剤師・看護師)	食事ができれば夕方から鎮痛剤の内服があります。		
注射		9時出棟以外は、術前に点滴があります。 術後点滴と抗生剤点滴があります。	抗生剤点滴があります。(朝、夕)	抗生剤点滴があります。(朝)
安静度	自由です。	麻酔から覚醒後トイレ歩行可です。歩行時は三角巾を使用してください。初回の歩行は看護師が付き添います。	三角巾をして自由です。	
食事	常食(必要時治療食) 21時から絶食、24時から絶飲食	腸の蠕動を確認後、飲水・食事ができます。	常食	
清潔	入浴可		清拭・防水シャワー	
排泄	自由です。	麻酔から覚醒後トイレ歩行可です。	自由です	
その他 (リハビリ リテー ション 等の計 画)	術前オリエンテーションがあります。 麻酔科医の訪問があります。 手術室看護師の訪問があります。	術後、ベット上安静時は、手台を使用してください。	退院後の生活について説明します。	

注1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査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

患者本人署名: 親族または代理人署名: (患者との関係)