

鼠径ヘルニア根治術を受けられる患者さんへ




@PATIENTNAME 様

ご説明年月日 年 月 日

()病棟 ()号室 入院目的()

主治医

主治医以外の担当者

経過	手術後(/)	術後1日目(/)	術後2日目(/)	術後3日目(/)	術後4日目~退院(/)
検査		採血検査を行います 胸腹部のレントゲンを撮ります 			
治療 処置	酸素吸入のためのマスクをします 点滴は翌朝まで行います 抗生物質を夕方一回投与します 痛みが強い時は痛み止めをします ナースコールでお知らせください	酸素吸入を中止します 点滴ルートを抜きます ガーゼ交換をします 内服薬を再開します(開始時期は看護師が説明します)	ガーゼ交換をします	必要時フィルム剤・ガーゼ交換をします	術後7日目ほどで抜糸をしますが、抜糸をしないで退院となることもあります そのときは次回外来受診日に抜糸をします 退院後にご自身でフィルム材を剥がしていただく場合もあります
食事	何も飲んだり食べたりしてはいけません 	朝より食事が開始となります			
安静度	手術終了後、麻酔がさめて状態が安定したら自室へ戻ります ベッド上安静ですが寝返りは自由です 上半身を起こすことはできます	歩行可能ですが、最初は看護師が付き添います	病院内自由です 		
排泄	手術室で膀胱内に管が入ってきます 排便はナースコールでお知らせください	尿の管を抜きます			
入浴		身体を看護師が拭きます	許可があればシャワー可	創の処置について 必要物品・消毒液 ・オプサイト(テガダーム) ・滅菌めん棒 交換時期・シャワー後(抜糸までは入浴禁止) ・汗をかいたとき	
説明、指導(その他リハビリテーション等の計画)	手術終了後、主治医より、ご家族の方に手術内容の説明があります 				退院指導をします ガーゼ交換・フィルム材除去の方法など 次回外来受診予約日をお知らせします 検査予約があれば説明します
目標	・合併症を起こさない ・痛みがコントロールされる	・合併症を起こさない ・痛みがコントロールされる ・歩行ができる ・食事がとれる		・合併症を起こさない ・シャワー浴ができる	・入院前の生活に戻る 

注1)診療内容等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当た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。

病名 鼠径ヘルニア(みぎ・ひだり・両側) 症状 _____ 推定される入院期間 7 日間 特別な栄養管理の必要性 (有・無)

説明医師署名 _____ ()

上記の通り説明を受けました。

同意年月日 _____ 年 月 日

親族又は代理人署名 _____

患者本人署名 _____

患者との続柄 _____