

## 腹腔鏡(補助)下胆嚢摘出術 入院診療計画書

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ



入院目的( )

特別な栄養管理の必要性(有・無)

( )病棟 ( )号室

主治医 \_\_\_\_\_

主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

経過	入院日( / )～手術前日まで	手術前日( / )	手術当日( / )・術前
処置	常備薬の確認 常備薬を薬剤師に提出してください 内服薬中止 ( / ~ 中止してください) アレルギーなどがあれば看護師又は医師に申し出てください 事故防止のため、ネームバンドを装着します	手術部位の除毛をし、おへそをきれいにします 眠前に下剤(必要時睡眠薬)を内服します 午後からの手術の場合は、点滴の針を前日に挿入します 	朝、浣腸をします 手術着に着替えます 午後からの手術の場合点滴を行います 
食事	制限なし	夕食まで食べることができます 21時以降は絶食です	絶飲食です 
安静度	制限なし		
入浴	入浴可	処置後、入浴してください	
説明・指導 (その他) リハビリ テーション 等の計	看護師より手術に必要な物品の確認、手術までの流れについて説明があります 他科の予約票があれば提出してください 必要書類を提出してください ・同意書・入院誓約書・寝衣申込書	主治医から手術についての説明があります (ご家族同伴でお願いします) 麻酔科医が訪床し、麻酔についての説明があります	
目標	精神的・身体的に問題なく、手術が受けられる		

手術の前日までにご用意ください

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| ①バスタオル 1枚        | ④前開き型オムツ 1枚           |
| ②タオル 2枚          | ⑤長方形紙オムツ(ポラミーフラット) 1枚 |
| ③腹帯(ソフラビレイ) 1～2枚 | ⑥ティッシュペーパー 1箱         |

当院3階の売店、2階の医療売店でも購入できます

使用しないこともあるので、返品できるようにレシートは保管しておいて下さい

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ

@PATIENTNAME 様

ご説明年月日 年 月 日

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	酸素吸入のためのマスクをします	酸素吸入を中止します	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	→
処置	点滴は翌朝まで行われます 抗生物質を夕方一回投与されます 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	点滴ルートを抜きます ガーゼ交換をします お腹にドレーン(管)が入っている場合はドレーンを抜きます(翌日以降に抜去になることもあります) 内服薬を再開します(開始時期は看護師が説明します)	ドレーンを抜いた翌日はフィルム剤を貼ります フィルム剤の場合は毎日の交換はしません		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除去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 	朝より常食です			→
安静度	手術後に麻酔からさめて状態が安定すれば自室へ戻ります 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 ・テープがはがれたとき	→
説明指導(その他リハビリテーションの計画)	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できる ・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	・入院前の生活に戻れる 

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したが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 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ 推定される入院期間 7 日間

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 \_\_\_\_\_