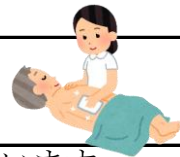
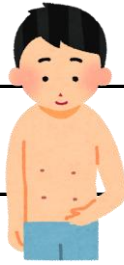
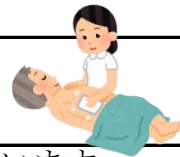
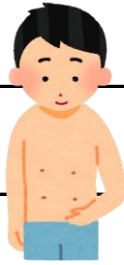
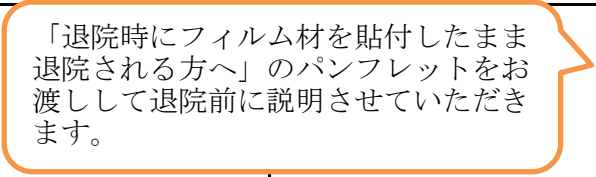


| 経過                       | 入院日から手術前日( / )                                                                                                                                                                                                                     | 手術当日( / )術前                                                                                                    | 手術当日( / )術後                                                                                                           | 術後1日目( / )                                                                                                                                      | 術後2日目( / )           | 術後3日目( / )～退院                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 目標                       | ・心身ともに安定して手術を受けことができる<br>・手術の必要性、合併症を理解して手術を受けることができる                                                                                                                                                                              |                                                                                                                | ・麻酔から覚醒している<br>・呼吸、循環の異常がない<br>・悪心嘔吐がない<br>・創部に発赤・腫脹<br>・出血がない・胆汁瘻がない<br>・創痛コントロールが来ている                               | →                                                                                                                                               | →                    | ・創部の感染兆候と予防策を理解できる<br>→<br>→<br>→                                                    |
| 食事                       | ・術前日( )時以降絶食<br>・術前日( )時以降絶飲食                                                                                                                                                                                                      | 絶飲食です                                                                                                          | ・帰室4時間後から飲水可能です                                                                                                       | 朝より食事開始です                                                                                                                                       |                      |                                                                                      |
| 安静度                      |                                                                                                                                                   |                                                                                                                | ・帰室後ベッド上安静、寝返り可能<br>・術後6時間以降より看護師付き添いのもと初回歩行を行います<br>当日は <b>トイレ歩行のみ可</b> です                                           | ふらつきなければ、病棟内は自由に歩行していただけます<br>                               | 病院内は自由に歩行していただけます    |  |
| 排泄                       |                                                                                                                                                                                                                                    | 手術前に排尿をすませておいてください                                                                                             | ・術後、膀胱内に管があります<br>・歩行状態に問題なければ、管を看護師が抜去します                                                                            |                                                              |                      |                                                                                      |
| 清潔                       | 臍の処置後に入浴またはシャワーをして下さい                                                                                                                                                                                                              | 手術までに歯磨き、髭剃り洗面を済ませてください<br> |                                                                                                                       | 清拭を行います                                                                                                                                         | 医師から許可があればシャワー浴が可能です |  |
| 検査治療処置                   | ・持参されたお薬のうち、内服して頂くものを説明します<br>・眠前に下剤を内服します<br>・午後からの手術の場合点滴の針を挿入します                                                                                                                                                                | ・朝、浣腸を行います<br>・午後からの手術の場合、点滴を行います                                                                              | ・手術後は酸素を投与します<br>・術後4時間後問題なければ酸素投与を終了します<br>・心電図モニターを付けます。術後6時間後問題なければ除去します<br>・痛みが強い場合は鎮痛薬を使用しますのでお知らせください           | ・朝採血をします<br>・胸腹部レントゲンを撮影します<br>・内服薬再開（開始時期に関しては看護師が説明します）                                                                                       |                      | ・必要時フィルム剤の交換します                                                                      |
| 説明・指導・その他(リハビリテーション等の計画) | ・常備薬、アレルギーの確認をします<br>・手術までの流れ、必要な物品について説明します<br>・必要書類（同意書・入院誓約書・病衣申込書等）の確認をします<br>・主治医から手術の説明がありますので、ご家族も同席をおねがいします<br>・麻酔科医・手術室看護師が訪室します<br> |                                                                                                                | ・手術後、主治医よりご家族の方に手術内容の説明があります<br> | 「退院時にフィルム材を貼付したまま退院される方へ」のパンフレットをお渡しして退院前に説明させていただきます。<br> |                      | ・退院前に退院指導をします（フィルム剤の徐去の方法）<br>・退院当日に次回外来受診予約日をお知らせします。                               |

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。

説明医師署名( )

説明看護師( )

主治医以外の担当者( )

上記の通り診療計画について説明を受けました。

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