

患者ID

**入院診療計画書 肥厚性幽門狭窄症（幽門筋層切開術）を受けられる**

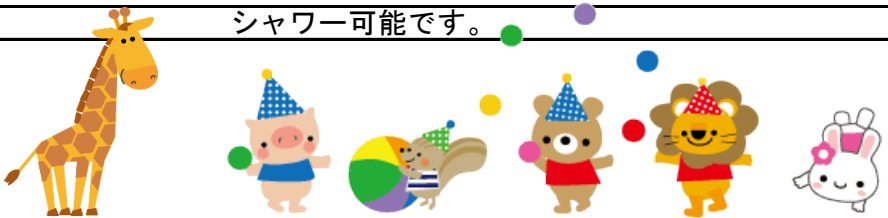
様とご家族の方へ

ご説明年月日： H 年 月 日 病棟 号室

病名： 入院目的： 症状：

手術内容： 推定される入院期間： 約 (日・週・月間) 特別な栄養管理の必要性： 有・無

説明医師署名： 受持看護師名： その他担当者名：

|                         | / ( )  |                                 | / ( )  |                | / ( ) |       | / ( )        |  |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|----------------|-------|-------|--------------|--|
|                         | 入院日  |                                 | 入院2日目  | 入院3日目          | 入院4日目 | 入院5日目 |              |  |
|                         | 手術前  | 手術後                             | 術後1日目  | 術後2日目          | 術後3日目 | 術後4日目 |              |  |
| 説明診察                    | 入院受付を済ませてください。<br>小児外科医から手術について、麻酔科医から全身麻酔について、看護師から入院・病棟について説明があります。                      | 小児外科医より説明があります。                 | 小児外科医・麻酔科医の診察があります。  | 小児外科医の診察があります。 |       |       | 医師の診察後、退院です。 |  |
| 処置検査                    | 身長・体重・体温・血圧を測定します。採血・レントゲン・心電図の検査があります。  | 鼻から胃にチューブが入っています。抜けないよう注意して下さい。 | 医師の診察後、鼻のチューブを抜きます。  |                |       |       |              |  |
| 治療(点滴)                  | 手術後より持続点滴があります。  |                                 | ミルク・母乳が自由になれば点滴の針を抜きます。  |                |       |       |              |  |
| 安静度                     | 術後4時間は抱っこ可です。それ以降は病棟内では自由です。   |                                 | 病棟内では自由です。   |                |       |       |              |  |
| 食事                      | <b>絶飲食</b> です。   |                                 | 医師の診察後よりミルク開始です。<br>①ハーフミルク20mlを3時間毎に2回 ②ハーフミルク40mlを3時間毎に2回<br>③ミルク60mlを3時間毎に2回 ④ミルク・母乳自由です。 |                |       |       |              |  |
| 清潔                      | シャワー等は出来ません。   |                                 | シャワー可能です。  |                |       |       |              |  |
| 必要書類、その他(リハビリテーション等の計画) | 入院誓約書・麻酔同意書・病衣使用申込書(希望される方)にサインをしてください。手術の説明の後、手術同意書にサインをしてください。<br>※付き添いをされる方は手続きをしてください。 |                                 |         |                |       |       |              |  |

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わることもあります。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。

上記のとおり説明を受けました。 H 年 月 日

患者本人署名 親族又は代理人署名 患者との続柄 ( )