

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

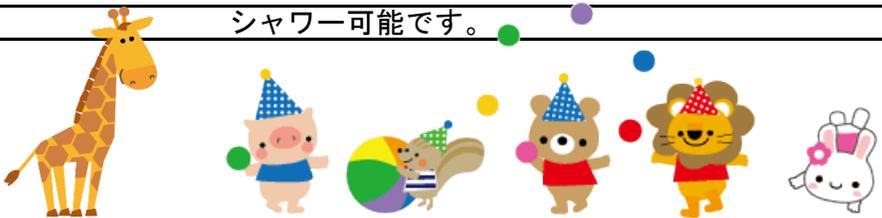
様とご家族の方へ

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。 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	絶飲食です。		医師の診察後よりミルク開始です。 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 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。 ※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 ()