

患者ID:

円錐切除術を受けられる方の入院診療計画書

説明年月日

年

月

日

様

病棟

号室

病名

入院目的

症状

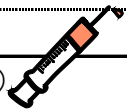
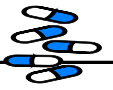
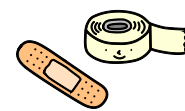
推定される入院期間 約 日

特別な栄養管理の必要性 有・無

主治医名

主治医以外の担当者名

説明看護師名

経過	入院日～手術前日	手術当日	術後1日目	術後2日目	術後3日目(退院日)
	/ ~ /	/	/	/	/
検査	検温:10時 (体温・脈拍・血圧) 	検温:6時、出棟前 術後は2～3時間毎 ・帰室時採血 	検温 6、10、20時 ← 術後の状況に応じて適宜採血 →	検温 10、20時	検温 10時
治療 処置	・患者識別バンドの装着 ・手術部位の除毛と必要物品の確認 ・下剤の内服(22時)	・浣腸(7時前後) ・点滴確保・点滴開始 ・圧迫靴下の装着 	・腔内の洗浄・頸腔エコー ・点滴終了 ・医師や看護師の説明後 圧迫靴下の除去  	・退院診察 	
安静度	・院内自由 	・トイレ歩行のみ ・術後はベッド上安静	・病棟内 	・院内自由	
食事	・常食または治療食 ・()時より絶食 ・()時より絶飲食	・絶飲食	・常食または治療食		
排泄	・通常通り	・手術室で尿の管が入る ・排便はベッド上	・歩行確認後、 尿の管を抜去	・通常通り	
清潔	・入浴してください	・うがいまたは歯磨き(術後) ・おしぼりにて洗面 	・全身清拭またはシャワー浴 ・寝衣更衣	・シャワー 	
説明 指導	・看護師より入院オリエンテーションと 必要物品の説明 ・医師より手術の説明 ・麻酔科医より麻酔の説明 ・手術室看護師より手術室の説明	・手術経過について患者や 家族に説明	・早期離床について説明	・退院指導 	
必要書 類、その 他(リハビリ テーション等 の計画)	・入院・手術の同意書 ・感染症の同意書 ・輸血の同意書 ・特定生物由来製品同意書	・麻酔同意書 ・抑制の同意書 ・病衣使用申込書			

※ 治療内容、入院期間は状態によって変更することがあります

兵庫医科大学病院 産科婦人科 2024.11.26 改訂

説明医師・看護師より診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。

承認番号:30009-05

同意年月日 年 月 日 患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との続柄()