

患者ID:

腹腔鏡広汎子宮全摘出手術を受けられる方の入院診療計画書

様

病棟 号室 入院目的

説明年月日 年 月 日

症状

病名

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 / | 2日目 / | 3日目 / | 4～7日目 / ~ / | 8日～退院前日 / ~ / | 退院 / |
|--|---|--|---|---|--|---|------------------|--------------|
| 検査 | 検温:10時 (体温・脈拍・血圧) | 検温:6時、出棟前 術後2～3時間毎 | 検温:6,10,14,20時 | 検温:6,10,20時 | 検温 10, 20時 | 検温 10時 | | |
| 治療 処置 | <ul style="list-style-type: none"> 患者識別バンドを装着します 手術部位の毛ぞりと必要物品の確認 点滴確保(14時) 手術前日に下剤内服(14時・22時) | <ul style="list-style-type: none"> 術後、帰室時採血あり 浣腸(7時前後) 点滴開始 圧迫靴下を履く | <ul style="list-style-type: none"> 採血 診察、ガーゼ交換 腔洗浄 内服薬開始 (下剤、腸整剤など) 血栓予防の皮下注射 (7日間) | <ul style="list-style-type: none"> 術後の状況により適宜採血あり 食事摂取可能なら点滴終了 | | | | 退院前日退院診察 |
| 安静度 | 院内自由 | 術後は翌朝までベッド上安静 | トイレ歩行可(病棟内) | 病棟内 | 院内自由 | | | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 常食または治療食 (/ :)時より絶食 (/ :)時より絶飲食 | 絶飲食 | <ul style="list-style-type: none"> 朝から水分可 昼から3分粥 | <ul style="list-style-type: none"> 昼から5分 または7分粥 | <ul style="list-style-type: none"> 昼から常食 または治療食 | | | |
| 排泄 | 通常通り | <ul style="list-style-type: none"> 手術室で尿の管が入る 排便はベッド上 | 尿の管挿入中 | | | <ul style="list-style-type: none"> 7日目:尿の管抜去 残尿測定4回/日(50ml以下/回まで) | | |
| 清潔 | 入浴してください | <ul style="list-style-type: none"> ベッド上での うがいまたは歯磨き (術後) 術後おしぶりにて洗面 | <ul style="list-style-type: none"> 全身清拭をします 寝衣更衣 | | <ul style="list-style-type: none"> 状態に応じてシャワーまたは清拭 | | | |
| 説明 指導 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師より入院オリエンテーション 術前・術後のオリエンテーション 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 | <ul style="list-style-type: none"> 手術経過について 患者様とご家族様に説明 | <ul style="list-style-type: none"> 早期離床についての 説明 | <ul style="list-style-type: none"> 深部静脈血栓症リスクに よって、圧迫靴下を脱いでいい か医師か看護師から説明 があります | <ul style="list-style-type: none"> リンパ浮腫についてオリエン テーション 残尿測定の説明 | | ・退院指導 | |
| 必要書 類、その 他の(リハビ リテーション等 の計画) | <ul style="list-style-type: none"> 入院・手術の同意書 感染症検査の同意書 輸血の同意書 特定生物由来製品同意書 | <ul style="list-style-type: none"> 麻醉同意書 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 2025.1.29 作成

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:30018-00

同意年月日

年 月 日

患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との統柄()