

入院診療計画書 局麻下手術を受けられる様へ

様へ

ご説明年月日: 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: 無・有⇒()

説明医師署名: 担当看護師名: その他担当者名:

	入院前	入院当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目~退院日
		年 月 日	月 日	
検査 処置 投薬	採血があります 現在の服用中のお薬を 確認します		夕方から抗生剤の内服を開始します 痛みが強ければ痛み止めを使用します	1日1回ガーゼを交換します 自宅でのガーゼを交換の場合は医師の指示 に従ってください 術後7日ほどで抜糸します
食事		制限なし	制限なし	→ 
安静度		制限なし	病棟内歩行可能です 最初は看護師が付き添います	術後、手術部位によって制限があります
排泄		制限なし	トイレ歩行可能	→
入浴	手術前日は入浴・洗髪を済ませ、手術部 位を清潔にしてください	制限なし	入浴・シャワーはできません ガーゼが濡れないようにしてください	医師の許可があればガーゼ交換後 より洗顔・シャワーが出来ます 入浴は医師の指示を確認してください
説明・その他 (リハビリテー ション等の計 画)	医師から手術について説明があり、 手術同意書が渡されます 同意書は入院当日に病棟スタッフに 渡してください。	<ul style="list-style-type: none"> ○入院手続きをした後、案内された病棟に入院します ○リストバンドを装着します ○病棟で術前オリエンテーションがあります ○手術では電気メスを使用します 金属類を身に着けているとその部位に やけどをおこすことがあります 以下の物は外してください (アクセサリー、時計、義歯などの金属類、湿布などの 貼付剤、ヒートテックの下着、金具のついた衣類など) ○マニキュア・ペディキュアは外しておいてください ○顔の手術の方はコンタクトレンズは外し、 お化粧品は落としておいてください 	<ul style="list-style-type: none"> ○手術後外来にて医師より、手術内容の説明 があります ○出血予防のためできるだけ安静に 過ごしてください 	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅での傷の管理について 医師・看護師から説明があります ○次回外来受診日、検査予約など 説明します もし、傷に異常があれば診察日の 予約を早めてください ○医師の許可があるまでアルコール飲料は 摂取禁止です
目標		入院・手術の準備ができる		合併症を起こさない 痛みがコントロールできる

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れるものです。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。

年 月 日

患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄
--------	-----------	--------