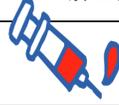


入院診療計画書 全身麻酔を受けられる

@PATIENTNAME

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: 有・無
説明医師署名:	受持看護師名:	その他担当者名:

	入院前	入院当日(術前) 年 月 日	手術当日 月 日	術後1日目	術後2日目～退院日
検査	術前検査、麻酔科診察 (採血、心電図、胸部X線撮影、生理機能検査)			適宜行います	
処置		ネームバンドをつけます	病棟にかえてから必要に応じて 酸素投与をします 	ガーゼ交換をします 	術後7日前後で抜糸を行います (抜糸は外来で行う場合もあります)
点滴			術前点滴があります 術後点滴(輸液、抗菌薬など)があります	術後点滴があります 	
ドレーン			術後ドレーン(血抜きの管)を 挿入する場合があります	ドレーン挿入時、排液量が少なくなればドレーン抜去します	
薬剤	抗凝固薬(血をサラサラにする薬)を 飲まれている方は中止する場合があります (医師の指示に従ってください。) その他の内服薬は継続して下さい	持参薬の確認をします		抗菌薬、疼痛薬などの内服があります	
食事	制限はありません	夜9時以降は食べたり、 夜12時以降は飲んだりできません	術後3時間以降おなかの音が聞こえたら 水分の摂取可能です 水分摂取し問題なければ食事摂取可能です	朝から食事ができます	
安静度		制限はありません	術後3時間まではベット上安静 以後はトイレ歩行可 (手術部位により安静度が変更になることが あります)	制限ありません (手術部位により安静度が変更になることが あります)	
入浴		入浴可	入浴できません 創部は濡らさないでください	処置後問題なければシャワー可 (ドレーン挿入中は創部は 濡れないようにして下さい)	抜糸まではシャワーにしてください 抜糸後は入浴可
説明/その他 (リハビリテー ション等の計 画)	○医師より手術についての説明があり、 手術同意書が渡されます ○ 月 日 時に入院手続き後案内された 病棟に入院して下さい	○手術では電気メスを使用します 金属類を身につ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、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、 お化粧は落としておいてください	○手術終了後、主治医より 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	○退院後のガーゼ交換の方法などを指導します ○次回外来受診予約をお知らせします ○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		不安なく退院できる

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。 年 月 日

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