

入院診療計画書 全身麻酔を受けられる

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) 年 月 日	手術当日 月 日	術後1日目 月 日	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下さい。)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下さい 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、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	○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
--------	-----------	--------