

入院診療計画書 鎮静下入院局麻手術を受けられる

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: 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(術後) 月 日 | 術後1日目～退院日 |
|-------------------------------|--|---|--|--|
| 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 | 点滴があります  | 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 |  | 絶食  | 夕食から開始  | → |
| 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。  | ○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、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 | ○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。 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 |
|--------|-----------|--------|