

患者さん氏名	様	ペインクリニック	病棟	号室	
病名		入院目的	疼痛緩和		症状
手術内容	脊髄刺激電極植込術	推定される入院期間	約		特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無
主治医名		受持/説明看護師名			主治医以外の担当者名

月 日	経 過	入院 手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術後2~6日目	手術後7日目退院
	達成目標	・治療に対し受容ができ、自らの意思で治療に臨むことができる		・刺激感が痛みの場所と一致する ・痛みが和らぐ ・ダイヤルを調節することができる			・刺激の効果が確認できる ・脊髄刺激装置を操作できる
	治療・薬剤 (点滴・内服) ・検査	・常に内服している薬があればお知らせください、必要な薬のみ内服します ・必要に応じて、眠前に下剤、睡眠薬を内服していただきます ・物品確認 (紙パンツは看護師が持参)	・起床後洗顔 (化粧なし) ・手術着に着替えてください ・指輪、眼鏡、義歯は必ず外してください	・術後点滴、抗生剤の点滴 	・常備薬の再開 ・手術創のガーゼ交換 医師が創部の状態を観察します		・退院日当日朝に抜糸します 
	活動・安静度	・制限ありません	・制限ありません	・翌日までベッド上安静	・制限ありません (制限がある場合は看護師が説明に参ります)		
	食事	・普通食または治療食 ()	・絶飲食 (時間は看護師がお伝えします)	・飲水、食事開始時間は看護師が説明に参ります	・制限ありません (制限がある場合は看護師が説明に参ります)		
	清潔	・必ずシャワーをしてください		・抜糸して許可があるまでシャワーは禁止です ・洗髪、体拭きを必要時介助いたします		・医師より指示があります	
	患者さん及びご家族への説明	・病棟、手術前オリエンテーション ・手術内容説明 ・麻酔科医師診察 		・医師より術後の経過について説明があります		・退院時説明…退院後の生活、治療について説明します	
	必要書類 その他 (リハビリテーション等の計画)	・入院誓約書 ・病衣申込書 (希望時) ・室料差額同意書 (個室使用时) ・治療同意書 ・手術・麻酔同意書 *以上を看護師にお渡しください					・次回外来受診予約表…退院後の外来受診日と時間を記載した用紙をお渡しします

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後検査など進めていくにしたがって変更する場合があります。その際は再度説明します。 注2) 入院期間については、現時点で考えられるものです。

2026年2月1日改訂 ペインクリニック部 承認番号 68000-04

医師より診療計画内容について、十分説明を受けたため同意します。

年 月 日 患者本人署名

親族又は代理人署名

(患者との続柄)