

胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術(スパイナルドレーンあり)入院診療計画書

説明日 平成 年 月 日

患者氏名 @PATIENTNAME 病名 症状 科 病棟 号室

入院の目的 手術内容 推定される入院期間 約 間 特別な栄養管理の必要性 有・無

主治医署名 担当看護師署名 主治医以外の担当者署名

月日	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()~月 日()
病日	入院日	手術前日	手術前	手術後	()日目	()日目~退院日
術後病日					術後1日目	術後2日目~退院日
病棟	()病棟		集中治療室	()病棟	()病棟(元の部屋へ)	
安静	院内歩行(医師より指示があります)		ベット上安静	ベット上安静・トイレ歩行	病棟歩行・院内歩行	
食事	治療食	夕食後絶食	絶飲食	治療食再開		
検査	採血・心電図・下肢圧測定				採血・レントゲン・下肢圧測定	
処置・治療		手術部位の除毛 スパイナルドレーン挿入		酸素投与 スパイナルドレーンを抜 きます	ガーゼ交換	
注射		点滴ルートの確保 夜間から点滴を開始します		点滴 抗生剤		
内服	持参した薬を提出してください 腸管内のガスが溜まりにくくする薬を開始します 看護師から内服薬はお渡しします	眠前に下剤の内服		内服再開		
清潔	入浴	消毒用石鹸で除毛部位を洗います			清拭・洗髪・足浴	
排泄	医師の指示により尿量を測定します(その際、自動尿量測定器に名前を表示します)			尿の管をいれます	尿の管を抜きます	
説明、その他(リハビリテーション等の計画)	入院オリエンテーション 手術前オリエンテーション 	麻酔科医訪問 手術物品の確認 		手術後状態説明(家族へ)		退院指導 CT

※この予定はあくまでも目安です。患者さんの状態によって予定は変更される場合があります。何かあれば、医師・看護師にお尋ね下さい。

※同意書類は手術前日までに提出してください。

診療計画について十分説明を受けましたので同意します。

同意日 平成 年 月 日 患者本人署名 親族又は代理人署名 (続柄)