

# 開腹胆嚢摘出術 入院診療計画書




開腹胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ

様

全身麻酔で開腹的に胆嚢を摘出する手術目的で入院します

主治医 @USERNAME

主治医以外の担当者

経過	入院日～手術前日まで	手術前日( / )	手術当日・術前( / )
処置	常備薬の確認 常備薬を薬剤師に提出してください  内服薬中止 ( / ~ 中止してください)  アレルギーなどがある場合は看護師又は医師に申し出てください  事故防止のため、ネームバンドを装着します	手術部位の除毛をし、おへそをきれいにします  眠前に下剤(必要時睡眠薬)を内服します  	朝、浣腸をします 手術着に着替えます  午後からの手術の場合点滴を行います  
食事	制限なし	夕食まで食べることができます 21時以降は絶食です	絶飲食です
安静度	制限なし		
入浴	入浴可	処置後、入浴してください	
説明、その他(リハビリテーション等の計画)	看護師より手術に必要な物品の確認、手術までの流れについてせつめいがあります  他科の予約表があれば提出してください  必要書類を提出してください ・同意書・入院誓約書・寝衣申込書	主治医から手術についての説明があります (ご家族同伴でお願いします)  麻酔科医が訪床し、麻酔についての説明があります	
目標	精神的・身体的に問題なく、手術が受けられる		

手術の前日までにご用意ください

- |           |                       |
|-----------|-----------------------|
| ①バスタオル 1枚 | ④前開き型オムツ 1枚           |
| ②タオル 2枚   | ⑤長方形型オムツ(ポラミーフラット) 1枚 |
| ③腹帯 1~2枚  | ⑥ティッシュペーパー 1箱         |

当院2階の売店でも購入できます

使用しないこともあるので、返品できるようにレシートは保管しておいてください

# 開腹胆嚢摘出術 入院診療計画書

開腹胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ

病棟 \_\_\_\_\_

号室 \_\_\_\_\_

様

主治医 @USERNAME \_\_\_\_\_

主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

経過	手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目
検査	採血検査を行います	採血検査を行います 胸腹部のレントゲンを撮ります 		採血検査を行います	
治療	酸素吸入のためのマスクをします	酸素吸入を中止します			
処置	点滴が行われます 抗生物質を夕方一回投与します 痛みが強ときは痛み止めをします ナースコールでお知らせください	ガーゼ交換をします  内服薬を再開します(開始時期は看護師が説明します)	ガーゼ交換をします フィルム剤の場合は毎日の交換がありません 点滴が終了すれば抜針します 歩行が十分に出来れば 弾性ストッキングを脱ぎます 	ガーゼ交換をします お腹にドレーン(管)が入ってる場合はドレーンを抜きます	ガーゼ交換をします
食事	何も飲んだり食べたりしてはいけません	朝より水分摂取できます	5分粥が開始になります 	常食が開始になります →	
安静度	回復室に戻ります ベッド上安静ですが寝返りは自由です 上半身を起こすことはできません	安定すれば自室に戻ります 歩行可能ですが、最初は看護師が付き添います	看護師と一緒に歩行します	病棟内を歩きます	
排泄	手術室で膀胱内に管が入ってきます 排便はナースコールでお知らせください	尿の管を抜きます			
清潔		身体を看護師が拭きます 			ドレーン抜去の翌日からシャワー浴ができます
説明、その他(リハビリテーション等の計画)	手術終了後、主治医より、ご家族の方に手術内容の説明があります				
目標	・合併症を起こさない ・痛みがコントロールされる	・合併症を起こさない ・痛みがコントロールできる ・歩行ができる	・合併症を起こさない ・痛みがコントロールできる ・食事がとれる		

# 開腹胆嚢摘出術 入院診療計画書

病棟

号室

様

経過	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目～退院
検査	採血検査を行います 			
治療				
処置	ガーゼ交換をします 	ガーゼ交換をします	ガーゼ交換・半抜糸を行います	全抜糸をします
食事	常食です			
安静度	病院内自由です			
入浴	シャワー浴	シャワー浴	シャワー浴	全抜糸後、入浴できます
説明、その他(リハビリテーション等の計画)				次回外来受診予約日をお知らせします 検査予約があれば説明します
目標				・入院前の生活に戻れる

注1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくに従って変更する場合があります。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。

病名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ 推定される入院期間 12 日間 手術内容 \_\_\_\_\_

説明医師 @USERNAME 印又は署名( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 特別な栄養管理の必要性 有・無 \_\_\_\_\_

上記の説明を受けました。  
年 月 日

親族又は代理人署名 \_\_\_\_\_

患者本人署名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_