

患者様氏名 _____

病名 _____

症状 _____

科 _____

主治医 _____

病棟・病室 _____

手術内容 _____

(手術は 月 日 : ~です)

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

経過	入院日・手術前(/ /)	手術後(/ /)	手術後1日目	2日目	3~7日目	7日目以降(退院日含む)
安静度	<input type="checkbox"/> 自由です。 <input type="checkbox"/> ベッド上安静です。	<input type="checkbox"/> ベッド上安静です。 <input type="checkbox"/> 座ることができます。	・座ることができます。 ・CTの検査を行い、医師の確認後歩くことができます。	・自由です。		
検査	・CTの検査・採血を行います。 ・手術に必要な検査を行います。 [レントゲン・心電図・呼吸機能]	・採血を行います。	・CTの検査を行います。		・採血を行います。	・CTの検査を行います。
薬剤・処置	・常備薬の確認をします。 ・内服は <input type="checkbox"/> 今まで通りです。 <input type="checkbox"/> 中止して下さい。 ・点滴をします。 ・頭髪を除毛します。 (手術室で行います。) ・手術前に検温を行います。 ・手術着に着替えます。	・点滴;24時間の点滴をします。 ・検温;4~6時間 おきに行います。 頭部にはガーゼ・テープが貼用されています。 頭部は触らないで下さい。 頭痛・悪心・嘔吐など気分不良時はお知らせ下さい。	・点滴;1日目以降は 2回/日です。 ・検温;2~3回/日行います。 (起床時、昼食後、夕食後) ・手術創の確認を 1回/日行います。	・検温;2回。 (起床時、昼食後)	・点滴は3日目です。 終了です。 ・検温;1回 (昼食後)	・残りの糸を抜きます。
食事	手術前日の21時から絶食です。	手術当日の朝からは絶飲食です。	昼から食事です。			
排泄	<input type="checkbox"/> ベッド上安静です。	尿管が入っています。 尿意・便意がある場合はお知らせ下さい。 看護師が介助を行います。	尿管を抜きます。 抜いた後は歩いてトイレに行けます。 蓄尿をします。			
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー可能です。 <input type="checkbox"/> タオル清拭を行います。		・1回/日看護師が体を拭きます。 (抜糸が済むまでです。) 3日目よりシャワー・洗髪は可能です。			
説明・指導	手術に必要な書類に、署名・捺印をして看護師に渡して下さい。	手術の結果説明を行います。				
その他(リハビリテーション等の計画)	・頭部にガーゼが当たっているので、触らないようにして下さい。 ・状況に応じて、予定が変更となる場合があります。		※手術は全身麻酔で行います。手術時間は3~4Hです。 その他、不明な点がありましたら、お尋ね下さい。			

※この表はおよその経過を表示しているもので、病状により変更になる場合があります。

主治医署名 _____

説明看護師署名 _____

主治医以外の担当者署名 _____

上記の通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 _____