

腹腔鏡(補助)下胆嚢摘出術 入院診療計画書

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ

様

病棟

主治医

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れば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説明があります 他科の予約票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 (ご家族同伴をお願いします) 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長方形紙オムツ(ポラミーフラット) 1枚 |
| ③腹帯(ソフラビレイ) 1~2枚 | ⑥ティッシュペーパー 1箱 |
- 当院3階の売店でも購入できます(オムツは1枚単位で購入できます)
 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下さい

腹腔鏡(補助)下胆嚢摘出術 入院診療計画書

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる患者さんへ

様

主治医 @USERNAME

主治医以外の担当者署名

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～退院
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 			
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	ガーゼ交換をします	必要時フィルム剤・ガーゼ交換をします	→
処置	点滴は翌朝まで行われます 抗生物質を夕方一回投与されます 痛みが強い時は痛み止めをします ナースコールでお知らせください	点滴ルートを抜きます ガーゼ交換をします お腹にドレーン(管)が入っている場合はドレーンを抜きます(翌日以降に抜去になることもあります) 内服薬を再開します(開始時期は看護師が説明します)	ドレーンを抜いた翌日はフィルム剤を貼ります フィルム剤の場合は毎日の交換はしません 		術後7日目ほどで抜糸をしますが、抜糸をしないで退院となることもあります そのときは次回外来受診日に抜糸をします
食事	何も飲んだり食べたりしてはいけません 	朝より常食です			→
安静度	回復室に戻ります 安定すれば自室に戻ります 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	歩行可能ですが、最初は看護師が付き添います	病院内自由です 		→ 
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			→
入浴		身体を看護師が拭きます 	許可があればシャワー可 シャワー浴後にテープの交換をしますので出られたら看護師に声をかけてください	創の処置について 必要物品・消毒液 ・オプサイト(テガダーム) ・滅菌めん棒 交換時期・シャワー後(抜糸までは入浴禁止) ・汗をかいたとき ・テープがはがれたとき	→
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 				退院指導をします ガーゼ交換の方法など 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	・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 ・食事がとれる		・合併症を起こさない ・シャワー浴ができる	・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したが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 _____ 入院目的 _____ 症状 _____ 推定される入院期間 7 日間 手術内容 _____

特別な栄養管理の必要性 有・無 _____ 説明医師署名 _____ () _____ 診療科 肝・胆・膵外科

上記の通り説明を受けました。

年 月 日

親族又は代理人署名 _____

患者本人署名 _____

患者との続柄 _____