

乳房温存術を受けられる方の入院診療計画書 _____ 様 病棟 説明年月日 年 月 日

病状・症状 _____ 入院目的:手術療法 手術内容: _____ 推定される入院期間約 _____ (日・週)

特別な栄養管理の必要性 有・無

主治医署名

主治医以外の担当者署名

説明看護師署名

経過	入院日～手術前日まで	手術当日	手術後1日目	2日目～7日目	8日目～退院前日	退院日
治療処置	<ul style="list-style-type: none"> 患者識別バンドを装着します 毛ぞりを行いその後入浴です (看護師が確認します) いつも飲んでるお薬は夕食後まで飲んで下さい 手術前に下剤・眠剤の内服(22時)があります リハビリテーション部の受診があります 	<ul style="list-style-type: none"> 7時頃:洗腸をします 術前検査があります(PETセンター) 注射(:)から 撮影(:)から 手術後は自室またはリハビリ室(612号)へ戻ります 酸素をします → 翌朝8時まで 胸に管が入ります → 	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬開始です  	<ul style="list-style-type: none"> 毎日医師・看護師が創部確認や消毒を行います 術後7日目以降に創部のテープを剥がします 	 <p>管を引っ張らないように注意して歩いてください</p>	
検査	<ul style="list-style-type: none"> 検温(体温・脈拍・血圧)10時  	<ul style="list-style-type: none"> 検温(体温・脈拍・血圧・呼吸)適宜  	<ul style="list-style-type: none"> 採血、レントゲンがあります  検温10時、20時 			
食事	<ul style="list-style-type: none"> 手術前日の夕食まで食べられます 水分は手術当日の0時までです 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴開始  手術後は指示があるまで食べたり飲んだりできません  	<ul style="list-style-type: none"> 朝から水分開始  昼から食事開始  			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りです 	<ul style="list-style-type: none"> 尿を出す管が入ります → 	<ul style="list-style-type: none"> 自力で歩いてトイレに行けたら管を抜きます 			
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 院内自由です  	<ul style="list-style-type: none"> 手術後ベット上安静です 看護師が2時間ごとに体の向きを変えます 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行開始です (はじめは看護師と一緒に歩行します) 			
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴して下さい  		<ul style="list-style-type: none"> 体を拭きます 	<ul style="list-style-type: none"> シャワーができます → 		
説明、指導、必要書類、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> 医師より手術の説明  麻酔科医より麻酔の説明 手術室の看護師より手術室の説明 看護師より入院オリエンテーションと手術の流れ、必要物品の説明  <必要書類> <ul style="list-style-type: none"> 手術の同意書 特定生物由来同意書 抑制の同意書 アレルギー記載表 輸血同意書 麻酔科同意書 病衣使用申込書 	<ul style="list-style-type: none"> 術前検査終了後手術着に着替え、5分前には手術室へ行きます(圧迫靴下・紙ショーツ着用) 手術後、麻酔の影響で吐き気などが生じることがあります  ご家族に主治医より手術結果の説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリについて説明します  腕のむくみを感じたり、しびれを感じるようであれば、医師か看護師に早めにお知らせください 薬剤師より内服薬についての説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> 創部のテープ除去後、看護師と一緒に傷のテープを貼る練習を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について説明します   	

※状況に応じて予定が変更になる場合がありますので、ご不明な点がございましたらお尋ねください
説明医師・看護師より診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。

同意年月日 _____ 年 月 日 患者本人署名 _____ 親族または代理人署名 _____ 続柄() _____