

入院診療計画書 虫垂炎手術(小児)を受けられる患者さんご家族の方へ

ご説明年月日: H 年 月 日 病棟: 号室: 患者氏名: @PATIENTNAME

病名:	入院目的:	症状:
手術内容:	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
説明医師署名:	受持看護師名:	その他担当者名:

	/ ()		/ ()		/ ()	/ ()	/ ()
	入院日	手術前	手術後	術後1日目	術後2日目～退院日	外来受診	
説明診察	入院受付を済ませて下さい。小児外科医から手術について、麻酔科医から全身麻酔について、看護師から入院・病棟についての説明があります。	ご家族の方は手術室まで一緒に行っていただき、手術中は病室かデイルームでお待ちください。	小児外科医より説明があります。	小児外科医・麻酔科医の診察があります。	小児外科医の診察があります。	診察をします。初回外来の日時については退院時にお伝えします。	
処置検査	身長、体重、体温、血圧を測定します。採血・レントゲン・心電図の検査があります。		手術後はしっかり覚醒するまでモニターをつけます。必要時には酸素吸入をする場合があります。			創部の確認をします。	
治療(点滴)	状態によって入院後より点滴・抗生剤を開始します。		持続点滴と1日3回抗生剤の点滴があります。	抗生剤の点滴が1日3回あります。	状態に応じて点滴・抗生剤を中止します。		
安静度	病棟内では自由です。		麻酔がさめるまではベッド上安静で、その後より病棟内で自由です。抱っこは術後から可能です。	病棟内自由です。お腹を動かすために、どんどん病棟内で散歩をしましょう。		激しい運動は避けてください。	
食事	絶飲食の時間までは自由です。	絶飲食となります。医師・看護師が絶飲食の時間を伝えます。	絶飲食です。	医師の診察後水分・軽食(プリン・ゼリー)開始です。昼から普通食を開始します。	普通食です。		
清潔	シャワー浴可能です。	シャワー等は出来ません。		シャワー可能です。		許可が出れば外来受診翌日から入浴できます。	
必要書類、その他(リハビリテーション等の計画)	入院誓約書・麻酔同意書・病衣使用申込書(希望される方)にサインしてください。手術の説明の後、手術同意書にサインをしてください。 ※付き添いをされる方は手続きをしてください。						

注1) 予防接種は手術の前後1か月は受けることができません。
 注2) 手術前1か月以内にお子さまが病気にかかるなど体調に変化があれば早めに連絡してください。手術予定日が変更になる場合もあります。
 注3) この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わります。その場合は再度説明いたします。
 注4) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

上記のとおり説明を受けました。 H 年 月 日

患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄
--------	-----------	--------