

扁桃周囲腫瘍手術を受けられる方へ

入院日 平成 年 月 日

20 年 月 日

I D _____ 患者氏名 _____ 様 手術日 平成 年 月 日 病棟 _____

病名 _____ 説明医師名 _____ 印 担当看護師 _____ 印

経過時 日 時	1日目 月 日 入院	2日目 月 日	3日目 月 日	4日目 月 日	5日目 月 日	6日目 月 日	7日目 月 日
治療 薬 剤 (点滴・内服)	点滴	点滴	点滴	点滴	点滴 可能なら内服へ変更		食事が可能になれば退 院可
手術 処 置	切開排膿 必要時酸素投与 気管切開の可能性あり	→	→				
検 査	血液検査				血液検査		
安 静 度 リハビリ	病棟内のみ移動可能	→	→	→	→	→	→
食 事	食べられるなら制限なし	→	→	→	→	→	→
清 潔	入浴不可	発熱なければシャワー 可	→	→			入浴可へ
排 泄	トイレで	→	→	→			
備 考							
特別な栄養管理の 必要性							
総合的な機能評価							

以上のように医師から説明を受け、治療や検査に同意します。

20 年 月 日 患者氏名 _____

親族又は代理人 (_____) 氏名 _____

注1. 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については、現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。