

腹式子宮全摘術・筋腫核出術・試験開腹術の手術を受けられる方へ

患者番号： _____ 患者氏名： _____ 病名： _____ H24.7.31 改訂

月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日～月日	月日～月日
経過	入院当日	手術前日	手術当日	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後3～7日目	術後8～10日目
説明	<input type="checkbox"/> 手術について医師から説明があります 同意書は署名と捺印が必要です <input type="checkbox"/> 看護師が入院までの経過、症状を伺い、入院生活や手術について説明します <input type="checkbox"/> 麻酔科の医師が伺います <input type="checkbox"/> 薬剤師からの説明があります		手術時間(:)					<input type="checkbox"/> 退院後の生活について医師と看護師からお話します 
処置 内服 点滴	<input type="checkbox"/> 弾力ストッキングを渡します <input type="checkbox"/> 手術に必要な物品の確認をします(前日までに) <input type="checkbox"/> 毛剃りと臍の処置をします(前日までに)	<input type="checkbox"/> 19時に水の下剤を飲みます <input type="checkbox"/> 21時下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 上の下着は脱いでおいて下さい 9時の手術予定以外の方は3時間前までに経口補水を摂取します <input type="checkbox"/> 弾力ストッキング着用します(術前から) <input type="checkbox"/> 手術の後酸素マスクを約3時間つけます <input type="checkbox"/> 尿の管がはいっています <input type="checkbox"/> 背中チューブから痛み止めの薬が入っています <input type="checkbox"/> 看護師が頻回に部屋をたずねます。気分が悪くなったり痛みが強い時は看護師にお知らせください <input type="checkbox"/> 手術後の点滴は24時間持続です <input type="checkbox"/> 両足に空気でマッサージする装置をつけます(歩行まで)	<input type="checkbox"/> お部屋で創の診察を医師が行います <input type="checkbox"/> 歩行後尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後24時間はストッキングを履いてください <input type="checkbox"/> 点滴は大2本です終了後、針を抜きます <input type="checkbox"/> 許可があってから持参薬の内服を始めて下さい	<input type="checkbox"/> 午前中に痛み止めのチューブを抜きます		<input type="checkbox"/> 排便がない場合下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 8日目 内診室で内診をします 創の確認をし、テープを外します
検査				<input type="checkbox"/> 採血・採尿があります			<input type="checkbox"/> 4日目 採血・採尿があります	
食事	<input type="checkbox"/> 成人食 <input type="checkbox"/> 特別食	<input type="checkbox"/> 21時より絶食以後水分はお水・スポーツドリンク以外は飲まないで下さい	<input type="checkbox"/> 手術3時間前より絶飲食(:)	<input type="checkbox"/> 医師の診察後飲水が許可となります(9時に手術された方は経口補水) <input type="checkbox"/> 夕より5分粥食が開始となります	<input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> 成人食			
活動	<input type="checkbox"/> 活動制限はありません(外出・外泊はできません)		<input type="checkbox"/> ベッド上で安静です(手術後より足を曲げたり横を向いてもかまいません)	<input type="checkbox"/> ベッド上で座れます <input type="checkbox"/> トイレ歩行ができます(初めての時は看護師と一緒に)	<input type="checkbox"/> 病棟内を歩けます		<input type="checkbox"/> 病院内を歩けます	
清潔		<input type="checkbox"/> 毛剃りの後入浴とシャンプーをしてください	<input type="checkbox"/> 蒸しタオルで顔を拭きます(夕方)	<input type="checkbox"/> 朝に蒸しタオルとうがいの水を持っていきます <input type="checkbox"/> 看護師が体を拭きます	<input type="checkbox"/> 自分で体を拭きましょう <input type="checkbox"/> ウォッシュレットを使って清潔にしましょう	<input type="checkbox"/> 自分で体を拭きましょう <input type="checkbox"/> 看護師がシャンプーをします	<input type="checkbox"/> 5日目 シャワー浴ができます	

手術に必要な物を準備しましょう



主治医： _____ 印 担当看護師 _____ 印

上記計画書について、十分説明を受け、納得しました。 患者署名 _____