

# 腹腔鏡補助下膣式子宮全摘の手術を受けられる方へ

患者番号：

患者氏名：

様 病名：

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4～6日目	術後7～9日目
説 明 指 導	<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や症状を伺い、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 点 滴	 <p>手術に必要な物を準備しましょう</p> <input type="checkbox"/> 弾力ストッキングを渡します <input type="checkbox"/> 必要な物品を確認します (T字帯1枚、尿パッド2枚、 生理用ナプキン、バスタオル) <input type="checkbox"/> 内診室で毛剃りと 臍の処置をします		<input type="checkbox"/> 弾力ストッキングを着用して下さい(術前から) <input type="checkbox"/> 9時の手術予定以外の方3時間前までに 経口補水を摂取してください <input type="checkbox"/> 上の下着を脱いでおいて下さい <input type="checkbox"/> 手術後約3時間酸素マスクをつけます <input type="checkbox"/> 背中チューブから痛み止めが入ります <input type="checkbox"/> 尿の管が入ります <input type="checkbox"/> 両足をマッサージする機械をつけます (歩行するまで) <input type="checkbox"/> 看護師が頻回に訪ねます、気分不良や 痛みが強い時はお知らせ下さい	<input type="checkbox"/> 医師が創を診察します ドレーン挿入部のガーゼを 交換します <input type="checkbox"/> 点滴は大2本です 終了後針を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後尿管を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後24時間は ストッキングを履いて下さい	<input type="checkbox"/> ドレーンを抜きます <input type="checkbox"/> 背中チューブを 抜きます		<input type="checkbox"/> 5日目 内診室で内診し、 創部の確認を します	
内 服	<input type="checkbox"/> 他院・当院で 処方されている 内服薬があれば 申し出て下さい <input type="checkbox"/> 21時に下剤を飲みます(手術2日前と前日)	<input type="checkbox"/> 午前中に水の下剤を 飲みます	<input type="checkbox"/> 場合により内服薬の中止・変更があります 	<input type="checkbox"/> 許可があつてから 持参薬の内服を 始めて下さい 		<input type="checkbox"/> 排便がない時は、 眠前に下剤を 飲みます		
検 査				<input type="checkbox"/> 採血・採尿があります			<input type="checkbox"/> 4日目 採血・採尿あり	
食 事	<input type="checkbox"/> 成人食or特別食	<input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> 21時より絶食。以後水分も 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時間前より絶飲食となります ( : ) 	<input type="checkbox"/> 診察後飲水開始 (9時に手術された方は経口補水) <input type="checkbox"/> 夕から五分粥食開始	<input type="checkbox"/> 全粥食	<input type="checkbox"/> 成人食 		
活 動	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません (外出・外泊はできません)		<input type="checkbox"/> ベッド上安静です足を動かした 寝返りをうつことはできません 	<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 シャンプーをして下さい		<input type="checkbox"/> 蒸しタオルで顔を拭き、 うがいをします	<input type="checkbox"/> 看護師が体を拭きます <input type="checkbox"/> ウォッシュレットを使用しましょう	<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	

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

\_\_\_\_\_