

腹腔鏡の手術を受けられる方へ

平成 年 月 日

西神戸医療センター

患者番号：

患者氏名：

様 病名：

H24. 7. 31 改訂

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と症状を伺い、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)  <p>手術に必要な物を準備しましょう</p> <input type="checkbox"/> 他院・当院で処方されている内服薬などがあれば申し出てください	<input type="checkbox"/> 19時に水の下剤を飲みます <input type="checkbox"/> 21時に下剤2錠を飲みます	<input type="checkbox"/> 上の下着を脱いでおいて下さい <input type="checkbox"/> 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"/> 弾力ストッキングを着用します(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"/> 尿管がはいっています <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 ドレーン挿入部のガーゼを交換します <input type="checkbox"/> 歩行後尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 翌朝まで尿量を測って下さい <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"/> 点滴は大1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"/> ドレーンを抜きます	<input type="checkbox"/> 内診室で内診をします(術後4日目にする場合もあります) <input type="checkbox"/> 排便がない場合、下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 外来受診時、創部の確認を行います
検査				<input type="checkbox"/> 採血・採尿があります			
食事	<input type="checkbox"/> 成人食	<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"/> 朝から飲水、5分粥が開始となります(9時に手術をされた方は経口補水) <input type="checkbox"/> 昼 全粥食 <input type="checkbox"/> 夕 成人食	<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		
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"/> ドレーン抜去後創をテープでおおったまま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