









患者番号: <<PATIENTNO>>

入院診療計画書 子宮鏡の手術を受ける方へ

年 月 日
神戸市立西神戸医療センター

患者氏名 <<ORIBP KANJI>> 様

病名 <<NK ORADM DISEASE>>

月日	<<NK ORADM DYIN>>	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
経過	入院当日	手術前日	手術当日	術後1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"/> 麻酔科の医師と手術室看護師が伺います <input type="checkbox"/> 薬剤師からの説明があります		手術開始予定時間(:)	<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"/> 必要に応じ子宮頸管拡張の処置を行います <input type="checkbox"/> 除毛は必要に応じて手術中に行います  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">手術に必要な物を準備しましょう</div> <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時下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 下着は着たままで構いません <input type="checkbox"/> 弾力ストッキング着用します(術前から) <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"/> 手術後の点滴は終了後翌朝まで置いておきます	<input type="checkbox"/> 病室で医師が診察を行います <input type="checkbox"/> 歩行後、尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後に内診室で内診があります <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"/> 許可があつてから持参薬の内服を始めて下さい 
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"/> 特別食	<input type="checkbox"/> 21時より絶食です。水分は摂れますが、お水と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(:)からはお水とスポーツドリンクも飲まないで下さい。経口補水液を飲む場合は上記時間までに済ませて下さい。 <input type="checkbox"/> 手術終了6時間後より飲水が開始となります 	<input type="checkbox"/> 朝から成人食が開始となります 
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"/> 歩行ができます(初めての時は看護師と一緒に)
清潔		<input type="checkbox"/> シャワー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"/> シャワー浴ができます

主治医 <<INDICATESTAFF KANJINAME>> 担当看護師

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 _____







患者番号: <<PATIENTNO>>

入院診療計画書 子宮鏡の手術を受ける方へ

年 月 日
神戸市立西神戸医療センター

患者氏名 <<ORIBP KANJI>> 様

病名 <<NK ORADM DISEASE>>

月日	<<NK ORADM DYIN>>	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
経過	入院当日	手術前日	手術当日	術後1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"/> 麻酔科の医師と手術室看護師が伺います <input type="checkbox"/> 薬剤師からの説明があります		手術開始予定時間(:)	<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"/> 必要に応じ子宮頸管拡張の処置を行います <input type="checkbox"/> 除毛は必要に応じて手術中に行います  <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">手術に必要な物を準備しましょう</div> <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時下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 下着は着たままで構いません <input type="checkbox"/> 弾力ストッキング着用します(術前から) <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"/> 手術後の点滴は終了後翌朝まで置いておきます	<input type="checkbox"/> 病室で医師が診察を行います <input type="checkbox"/> 歩行後、尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後に内診室で内診があります <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"/> 許可があつてから持参薬の内服を始めて下さい 
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"/> 特別食	<input type="checkbox"/> 21時より絶食です。水分は摂れますが、お水と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(:)からはお水とスポーツドリンクも飲まないで下さい。経口補水液を飲む場合は上記時間までに済ませて下さい。 <input type="checkbox"/> 手術終了6時間後より飲水が開始となります 	<input type="checkbox"/> 朝から成人食が開始となります 
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"/> 歩行ができます(初めての時は看護師と一緒に)
清潔		<input type="checkbox"/> シャワー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"/> シャワー浴ができます

主治医 <<INDICATESTAFF KANJINAME>> 担当看護師 _____

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 _____