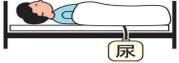


患者番号:

## 入院診療計画書 円錐切除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 \_\_\_\_\_ 様 病名 \_\_\_\_\_

月日	入院当日	手術前日	手術当日	術後1日目	術後2日目
経過 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"/> 除毛は必要に応じて手術中に行います   <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; 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"/> 下着は着たままで構いません <input type="checkbox"/> 弾力ストッキングを着用します(術前から)  <input type="checkbox"/> 尿の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日まで置いておきます	<input type="checkbox"/> お部屋で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下さい  <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"/> 内診室で内診をします。お呼びしますので9:00~10:00の間はできるだけ部屋で待期しておいて下さい。
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"/> 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"/> 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"/> 蒸しタオルで顔を拭きます  <input type="checkbox"/> 看護師が体を拭きます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます

主治医 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_