

年 月 日
神戸市立西神戸医療センター

入院診療計画書（腹式子宮全摘術・筋腫核出術・試験開腹術の手術を受ける方へ）

患者番号: _____ 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	術後3日目	術後4-6日目	術後7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"/> 臍の処置をします(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  <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時下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 上の下着は脱いでおいて下さい <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"/> 看護師が頻り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"/> 歩行後尿管を抜きます <input type="checkbox"/> 翌朝まで尿量を測ってください <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"/> 点滴があります終了後、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"/> 5日目内診室で内診と創の確認をします。呼びますので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。 <input type="checkbox"/> 排便がない場合下剤を飲みます	
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"/> 医師の診察後飲水が許可となります <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"/> 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"/> 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"/> シャワー浴ができます		

主治医 _____ 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 _____