

患者番号:

入院診療計画書 腹腔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 _____ 様 _____ 病名 _____

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  <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"/> 下着は着け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"/> 手術の後酸素マスクを約3時間つけます <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"/> ドレーンが入っている方はドレーンを抜きます <input type="checkbox"/> 内診室で内診と創部の確認をします。(術後4日目にする場合もあります) 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。 <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			
食事	<input type="checkbox"/> 成人食	<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"/> 朝から飲水、5分粥が開始となります <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"/> 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"/> 創部をテープで覆ったままシャワー浴ができます	

主治医 _____

担当看護師 _____

患者署名 _____

上記計画書について、十分説明を受け、納得しました。