

## 鼠径ヘルニア手術を受ける患者様へ

## 入院診療計画書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ID \_\_\_\_\_

病名: 鼠径ヘルニア

神戸市立西神戸医療センター

|       | 入院日  | 手術当日(前)   | 手術当日(後)  | 1病日  | 2病日  | 3病日   |
|-------|--|---|--|--|--|---|
| 処置・検査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギーの問診をします</li> <li>血液検査、心電図、胸部レントゲンなど、入院前に行っていない場合、これらの検査をします</li> <li>ストッキング計測、マーキングを行います。</li> <li>ネイル、マニキュアは除去しておいてください。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術30分前にストッキングを着用してください。</li> <li>手術中に尿の管が入ります</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>酸素投与をします</li> <li>点滴をします</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>必要時ガーゼ交換をします</li> <li>血液検査</li> </ul>                         |  |   |
| 薬剤    | <ul style="list-style-type: none"> <li>他院、当院で処方されている内服薬があれば持参してください。</li> <li>19時 下剤を飲みます</li> <li>OS-1 500mlを手術当日6時までに飲んでください。</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>心臓病・高血圧などの薬は必要なもののみを内服して下さい(前もっていいます)</li> <li>午後からの手術の人は朝7時にOS-1がもう1本来ます。手術開始3時間前までに飲んでください。</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>水分摂取開始後医師の指示で内服を再開します</li> </ul>                    |  |  |   |
| 食事    | <ul style="list-style-type: none"> <li>夕食後19時から絶食です</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術当日の6時(午後からの手術の人は手術予定3時間前)までに、OS-1を飲んでください。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>状況に応じて水分摂取開始し、夕より食事が始まります</li> </ul>                |  |  |   |
| 活動    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>トイレ以外は安静にしてください</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>床上安静です。術後4時間後にトイレまで歩行できますが、初めは看護師が付き添います</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>病棟内は自由です</li> </ul>   |  |   |
| 排泄    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>トイレに行けますが、尿量をはかってもらいます</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>尿の管が入ります。術後4時間後に管を抜きます。抜いた後はトイレまで歩行できます</li> </ul>  |  |  |   |
| 清潔    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>状態に合わせて身体を拭き、着替えをします</li> </ul>  |  |  |  |   |
| 看護    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術や治療に対する不安を軽減できるよう説明を行ないます</li> <li>痛みに応じて日常生活の援助をしていきます。痛みがあるときは対処しますのでお知らせください</li> <li>症状の悪化や合併症を起こさないよう観察、対処をします</li> </ul> |  |  |  |   |
| 説明    | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師より手術について説明があります</li> <li>看護師より入院生活について説明があります</li> <li>看護師より手術の準備について説明があります</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術後に医師より家族へ手術の説明があります</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>退院に向けて医師より説明があります</li> <li>退院後の生活について看護師より説明があります。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>場合により退院可能です。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>退院可能です。</li> </ul> |

注)入院期間や検査については現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります

主治医: \_\_\_\_\_ 印

担当看護師 \_\_\_\_\_ 印

上記計画について十分に説明を受け納得しました。

患者署名 \_\_\_\_\_