

患者番号:

入院診療計画書 腔式子宮全摘・経腔的内視鏡下子宮全摘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 _____

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	術後5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"/> 手術に必要な物品の確認をします(前日までに) <input type="checkbox"/> 21時に下剤を飲みます(手術2日前と前日)  <div style="border: 1px solid purple; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin: 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"/> 除毛は必要に応じて手術中に行います <input type="checkbox"/> 午前中に水の下剤を飲みます <input type="checkbox"/> 午後に浣腸を行います	<input type="checkbox"/> 上の下着を脱いでおいて下さい <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 <input type="checkbox"/> 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"/> お部屋で腔内のガーゼを医師が抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後に尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 翌朝までは尿量を測って下さい <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"/> 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 <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"/> 全粥食 <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 _____