





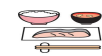

患者番号:

入院診療計画書 腹腔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	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
経過	<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や症状を伺い、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
処置点滴	 <p>手術に必要な物を準備しましょう</p> <input type="checkbox"/> 必要な物品を確認します (T字帯1枚、尿パット2枚、生理用ナプキン、バスタオル) <input type="checkbox"/> 臍の処置をします <input type="checkbox"/> 除毛は必要に応じて手術中に行います	<input type="checkbox"/> 下着は着たままで構いません <input type="checkbox"/> 手術後約3時間酸素マスクをつけます <input type="checkbox"/> 尿の管が入ります <input type="checkbox"/> 両足をマッサージする機械をつけます(歩行するまで) <input type="checkbox"/> 看護師が頻回に訪ねます。気分不良や痛みが強い時はお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 医師が創を診察します <input type="checkbox"/> 点滴があります 終了後針を抜きます <input type="checkbox"/> 歩行後尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 翌朝までは尿量を測って下さい	<input type="checkbox"/> 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 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				
内服	<input type="checkbox"/> 他院・当院で処方されている内服薬があれば申し出て下さい <input type="checkbox"/> 21時に下剤を飲みます(手術2日前と前日)	<input type="checkbox"/> 午前中に水の下剤を飲みます <input type="checkbox"/> 午後に浣腸をします	<input type="checkbox"/> 場合により内服薬の中止・変更があります 	<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"/> 排便がない時は、眠前に下剤を飲みます		
検査				<input type="checkbox"/> 採血・採尿があります			<input type="checkbox"/> 4日目 採血・採尿あり	
食事	<input type="checkbox"/> 成人食or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"/> 診察後飲水開始 <input type="checkbox"/> 夕から五分粥食開始	<input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> 成人食 				
活動	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません(外出・外泊はできません)	<input type="checkbox"/> ベッド上安静です足を動かしたり寝返りをうつことはできません 	<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下さい	<input type="checkbox"/> 蒸しタオルで顔を拭き、うがいをします	<input type="checkbox"/> 看護師が体を拭きます <input type="checkbox"/> ウォシュレットを使用しましょう	<input type="checkbox"/> 自分で体を拭きましょう <input type="checkbox"/> 希望に応じてシャンプーができます				

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 _____