

# 入院診療計画書—人工肛門造設術を受けられる患者様へ—

患者氏名		様		病名				
				症状				
				病棟	特別な栄養管理の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	入院～手術前々日	手術前日	手術当日		術後1日～2日目	術後3日～7日目	術後8日目～14日目(退院)	
			術前	術後				
目標	<input type="checkbox"/> 手術の説明を受け同意している		<input type="checkbox"/> 手術後の安静が理解できる <input type="checkbox"/> 創部の安静が保持できる		<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる <input type="checkbox"/> 創部の感染がない <input type="checkbox"/> 看護師とストマの便処理・交換をすることができる		<input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点を理解できる <input type="checkbox"/> 本人・家族でストマの便処理・交換をすることができる	
検査				<input type="checkbox"/> 手術後に採血があります	<input type="checkbox"/> 手術後1日目・3日目・5日目・7日目・12日目に採血があります			
処置	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの測定をおこないます <input type="checkbox"/> 歯科受診があります		<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングをはきます		<input type="checkbox"/> 傷の消毒をします		<input type="checkbox"/> 傷の観察をします	
薬	<input type="checkbox"/> 内服薬を持参してください					<input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば持参薬を再開します		
点滴				<input type="checkbox"/> 手術後4日目まで持続点滴があります				
食事	<input type="checkbox"/> 絶飲食です			<input type="checkbox"/> 手術後2日目診察後より飲水ができます	<input type="checkbox"/> 手術後3日目より食事が始まります(流動食から徐々に形態が変わります)			
安静度	<input type="checkbox"/> 病院内では安静制限はありません		<input type="checkbox"/> 病棟内のみ歩行可能です	<input type="checkbox"/> ベット上安静です	<input type="checkbox"/> 診察後より病棟内のみ歩行可能となります <input type="checkbox"/> 手術後4日目より病院内での安静制限がなくなります			
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> マニキュアやペディキュアは落としてください	<input type="checkbox"/> おへその処置をします <input type="checkbox"/> 入浴していただきます(病衣を希望される方はお知らせください)	<input type="checkbox"/> 入浴はできません		<input type="checkbox"/> 看護師の介助にて全身清拭・着替えをします <input type="checkbox"/> 管を抜いた翌日よりシャワー浴ができます		<input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば湯船につかることもできます
	看護			<input type="checkbox"/> 手術中に尿の管と手術部位に管が入ります	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます	<input type="checkbox"/> 手術後5日目以降に排泄の状態を確認しながら手術部位の管を抜きます		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 看護師より説明があります 	<input type="checkbox"/> 主治医より手術の説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔科より麻酔の説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師からの麻酔などの説明があります			<input type="checkbox"/> ストマ指導があります(都合の良い日を看護師にお知らせください)	<input type="checkbox"/> 退院までに栄養指導を受けていただきます(都合の良い日を看護師にお知らせください) <input type="checkbox"/> 歯科医師より継続処置が必要と説明を受けた方のみ退院後の歯科受診の予約をお取りください		<input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば退院できます(ご家族の方と日にちを決めてお知らせください)

\*状況により予定が変更になることがあります

担当医 \_\_\_\_\_ 印

担当看護師 \_\_\_\_\_

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)