

# 入院診療計画書—腹腔鏡下胆嚢摘出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 |

|       | 手術前日  | 手術当日  |   | 手術後1日目  | 手術後2日目   | 手術後3日目～7日目(退院)   |
|-------|---|---|---|---|--|--|
|       |   | 手術前   | 手術後   |   |  |  |
| 目標    | <input type="checkbox"/> 手術内容の説明を受け同意している   | <input type="checkbox"/> 術後の安静が理解できる  |   | <input type="checkbox"/> 合併症がない   |  | <input type="checkbox"/> 自宅療養に自信が持てる   |
| 検査    | <input type="checkbox"/> 血液検査と心電図検査があります<br><input type="checkbox"/> 腰椎麻酔時のみ<br>腰椎レントゲンがあります  |   | <input type="checkbox"/> 手術室にて<br>腹部レントゲンがあります<br> |   |   | <input type="checkbox"/> 朝に血液検査があります   |
| 処置    | <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの測定があります<br><input type="checkbox"/> 歯科受診があります   | <input type="checkbox"/> T字帯を1枚使用します<br>お持ちでない方は<br>病院で準備します  |   | <input type="checkbox"/> 鼻の管を抜きます<br><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"/> 内服薬があります  |  |  |
| 点滴    |   |   | <input type="checkbox"/> 持続点滴があります  | <input type="checkbox"/> 点滴があります  |  |  |
| 食事    | <input type="checkbox"/> 夕食後より食事はできません<br><input type="checkbox"/> 21時以降は補水液のみ摂取できます  | <input type="checkbox"/> 午前の手術の方は7時まで<br>午後の手術の方は10時まで<br>補水液と内服のみ<br>摂取できます  |   | <input type="checkbox"/> 絶飲食です  | <input type="checkbox"/> 診察後から<br>水分を摂取できます  | <input type="checkbox"/> 食事を開始します<br><br><input type="checkbox"/> 主治医の指示にて<br>全粥や米飯食に<br>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"/> ベット上安静です   | <input type="checkbox"/> 主治医の指示があれば<br>安静度の制限はなくなります  | <input type="checkbox"/> 病院内では安静制限はありません<br>            |  |
| ケア    | 清潔  | <input type="checkbox"/> マニキュア、ペディキュアは<br>落としてください<br><input type="checkbox"/> 入浴していただきます<br>(病衣を希望される方は<br>お知らせください) | <input type="checkbox"/> 入浴できません  |   | <input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます   |  |
|       | 看護  |   | <input type="checkbox"/> 手術中に<br>尿の管を入れます   | <input type="checkbox"/> 歩行ができるようになれば<br>尿の管を抜きます   |  |  |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 主治医より手術の説明があります<br><input type="checkbox"/> 麻酔医より麻酔の説明があります<br><input type="checkbox"/> 病棟看護師より<br>手術前の説明があります<br><input type="checkbox"/> 手術室看護師より<br>手術室での状態の説明があります |                                   |   |                                  | <input type="checkbox"/> 栄養指導があります<br>(ご家族の方と日にちを決めて看護師にお知らせください)<br><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<br>退院後の歯科受診の予約をお取りください |  |

\*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 \_\_\_\_\_)