

入院診療計画書－肛門の手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"/> 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		
検査				<input type="checkbox"/> 朝に採血があります		
処置	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの測定をします <input type="checkbox"/> 歯科受診があります	<input type="checkbox"/> グリセリン浣腸をします <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングを履きます <input type="checkbox"/> T字帯を使用します ※お持ちの方はお知らせください		<input type="checkbox"/> 傷の消毒をします	<input type="checkbox"/> 傷の観察をします <input type="checkbox"/> 排便後はウォシュレットやシャワーで洗浄してください	
薬	<input type="checkbox"/> 内服中の薬をお持ちください <input type="checkbox"/> 眠前に下剤があります 			<input type="checkbox"/> 内服薬の処方があります <input type="checkbox"/> 肛門内に塗る薬も処方されます 		
点滴			<input type="checkbox"/> 持続点滴があります			
食事	<input type="checkbox"/> 全粥食がでます <input type="checkbox"/> 夕食後より食事はできません <input type="checkbox"/> 21時以降は補水液のみ摂取できます	<input type="checkbox"/> 手術が午前の時は7時まで 午後の手術の時は10時まで 補水液のみ摂取出来ます	<input type="checkbox"/> 下半身のしびれが消失後 より水分摂取ができます	<input type="checkbox"/> 朝食より食事があります		
安静度	<input type="checkbox"/> 安静度は制限ありません		<input type="checkbox"/> ベッド上安静です	<input type="checkbox"/> 安静度は制限ありません		
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴してください <input type="checkbox"/> 病衣希望の方はお知らせください <input type="checkbox"/> マニキュア、ペディキュアはおとしてください		<input type="checkbox"/> 看護師と一緒に清拭と着替えをします	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> 入浴ができます
	看護					
説明・指導	<input type="checkbox"/> 主治医より手術の説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔科医より麻酔の説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師より説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より説明があります					<input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば退院ができます <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

*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 _____)