








入院診療計画書－鼻中隔矯正術を局所麻酔で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1日目                                                                                                                           | 手術2日目～手術後4日目(退院)                                                                                                                    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                                                                                                                                 | 手術前                                                                                                                                                                                                                                       | 手術後                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |
| 目標    | <input type="checkbox"/> 手術に関する不安を取り除く<br><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"/> 痛みのコントロールができる                                                            | <input type="checkbox"/> 創部の安静が保持できる<br><input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる<br><input type="checkbox"/> 合併症がない               | <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる<br><input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点が理解できる                                                |
| 検査    | <input type="checkbox"/> 手術のための検査をします<br>(胸部レントゲン・採血<br>心電図・心エコー)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |
| 処置    |                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 手術の約30分前に<br>外来にて術前処置をします                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 外来にて処置します                                                                                              | <input type="checkbox"/> 外来にて処置します<br><input type="checkbox"/> 退院日は処置をしてから退院です                                                      |
| 薬     | <input type="checkbox"/> 持参薬がある方は持ってきてください<br>中止する薬剤がある場合は<br>お伝えします<br><input type="checkbox"/> 抗凝固薬を内服している方は<br>医師より中止の指示があります                                                                                                | <input type="checkbox"/> 持参薬を朝食分まで内服します<br><input type="checkbox"/> 手術当日の昼食分の内服は中止しま<br>す                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 夕食分より持参薬を再開します                                                           | <input type="checkbox"/> 内服処方があります                                                                                              | <input type="checkbox"/> 手術2日目より<br>内服の抗生剤を渡します  |
| 点滴    |                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 病棟で右腕から点滴を始めます                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 手術後に点滴があります<br><input type="checkbox"/> 就寝頃に点滴が終わります                     | <input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴を朝と夕方に行います<br>夕方の点滴が終われば<br>点滴の針を抜きます                                                            |                                                 |
| 食事    |                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 午前9時以降は食べたりできません<br><input type="checkbox"/> 午前11時までは補水液のみ<br>摂取できます<br><input type="checkbox"/> 午前11時以降は飲んだり<br>食べたりできません  | <input type="checkbox"/> 手術2時間後以降に看護師より<br>説明をしてから飲食可能となります<br><input type="checkbox"/> 夕食は全粥がでます | <input type="checkbox"/> 朝食からは常食(米飯)になります  |                                                                                                                                     |
| 安静度   | <input type="checkbox"/> 制限はありません                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 病棟内では制限はありません                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 術後はベッド上安静です<br><input type="checkbox"/> 手術3時間後より<br>トイレ歩行はできます           | <input type="checkbox"/> 制限はありません                                                                                               |                                                                                                                                     |
| ケア    | 清潔                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 入浴できます                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 入浴はできません                                                                                               | <input type="checkbox"/> 診察後より首から下はシャワー浴が<br>できます                                                                                   |
|       | 看護                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 検温をします                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 手術後に検温します                                                                                              | <input type="checkbox"/> 検温をします                                                                                                     |
| 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"/> 麻酔科医より麻酔の説明があります<br><input type="checkbox"/> 手術室看護師より説明があります<br><input type="checkbox"/> 病棟看護師より<br>手術の流れを説明します<br><input type="checkbox"/> 各種同意書を提出してください | <input type="checkbox"/> 手術の約30分前に外来にて<br>術前処置をします                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 鼻出血についての説明をします                                                           |                                            | <input type="checkbox"/> 退院後の注意点を説明します<br><input type="checkbox"/> 退院後の診察予定日を決めます                                                   |

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