



入院診療計画書ーL-Pシャントの手術を受けられる患者様へー

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1~2日目 | 手術当日 | | 手術後1~3日目 | 手術後4~7日目 | 手術後8~14日目(退院) |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 手術前 | 手術後 | | | |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 入院生活に関する不安を取り除くことができる <input type="checkbox"/> 治療の必要性・流れが理解できる | <input type="checkbox"/> 症状の悪化をきたさない <input type="checkbox"/> 薬剤を使用して疼痛が緩和される | | | | <input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点が理解できる |
| 検査 | |  | | <input type="checkbox"/> 腹部レントゲンがあります | <input type="checkbox"/> 全腹部CTがあります | <input type="checkbox"/> 頭部CTがあります |
| 処置 | | | | <input type="checkbox"/> 適宜バルブ圧の調整をします | | |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 内服薬を持参して下さい | | | |  | |
| 点滴 |  | <input type="checkbox"/> 左手から点滴が始まります | <input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴をします | <input type="checkbox"/> 症状に応じて日中に点滴があります | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 夕食後より食事はできません <input type="checkbox"/> 21時以降は食べたり飲んだりできません | | <input type="checkbox"/> 術後6時間後より水分(水・お茶)をとることができます | <input type="checkbox"/> 昼食より食事が始まります |  | |
| リハビリ | <input type="checkbox"/> リハビリにて手術前の状態を確認します | | | <input type="checkbox"/> リハビリにて手術後の状態を確認します | | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> 病院内では安静の制限はありません | <input type="checkbox"/> 病棟内では安静の制限はありません | <input type="checkbox"/> ベット上安静です | <input type="checkbox"/> 診察後より病棟内では安静の制限はありません | <input type="checkbox"/> 病院内では安静の制限はありません | |
| ケア | 清潔 | | |  | <input type="checkbox"/> 診察後よりシャワー浴ができます | <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます |
| | 看護 | <input type="checkbox"/> 検温をします | | <input type="checkbox"/> 検温をします <input type="checkbox"/> 手術後に頭痛や腹痛があればお知らせください | | |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 主治医より手術について説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔科より麻酔について説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より手術の流れについて説明があります |  | | | <input type="checkbox"/> 栄養指導があります | <input type="checkbox"/> 医師の指示があれば退院できます <input type="checkbox"/> 退院後の注意点を説明します <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定日を決めます |

*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 _____)