






入院診療計画書－胃部分切除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～退院まで
			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"/> 食事を開始し5割以上摂取できる <input type="checkbox"/> 食事の形態を徐々にアップする事ができる		<input type="checkbox"/> 食事を5割以上摂取出来る <input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点を理解できる
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・4日目・7日目・11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(手術当日に着用します) <input type="checkbox"/> 歯科受診があります(希望者のみ:有料) <input type="checkbox"/> 頸部または上肢から持続点滴用の針を入れます(状況により手術当日になることもあります)		<input type="checkbox"/> 酸素・心電図モニター 肺塞栓予防のための機械を使用します(状況により異なります) <input type="checkbox"/> 鼻から胃まで管が入ります		<input type="checkbox"/> 毎日傷のチェックがあります <input type="checkbox"/> 胃管を抜きます <input type="checkbox"/> 酸素・心電図モニターが外れます <input type="checkbox"/> 7日目前後に身体の管が抜けます		<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10日目まで持続点滴があります			
食事		<input type="checkbox"/> 夕食後より絶食です <input type="checkbox"/> 水の飲める方は2時から 午前手術の方は1本 午後手術の方は2本 OS-1を内服していただきます			<input type="checkbox"/> 手術後2日目診察後許可ができれば飲水ができます	<input type="checkbox"/> 手術後4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"/> 安静制限は徐々になくなります		
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"/> 創部の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	
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"/> 輸血同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 看護師より説明があります					<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 _____)