








入院診療計画書・短期滞在手術同意書 一臍・腹壁癒痕ヘルニア手術を受けられる患者

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～5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 <input type="checkbox"/> 腰椎麻酔時のみ 腰椎レントゲンがあります			<input type="checkbox"/> 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 <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 お持ちでない方は病院で準備します	<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"/> 朝食後より内服があります	<input type="checkbox"/> 処方された飲み薬の残りは 持ち帰り飲みきってください 	
点滴				<input type="checkbox"/> 持続点滴があります		
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 午後の手術の方は10時まで 補水液と内服のみ摂取できます	<input type="checkbox"/> 医師の許可があれば 水・お茶・補水液を飲水できます (指示があるまで飲まないでください)	<input type="checkbox"/> 朝食より食事があります 		
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"/> 病棟内のみ歩行できます 初めは看護師が付き添いますので 1人で歩かないでください	
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> マニキュア、ペディキュアは 落としてください <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"/> 病衣を使用します <input type="checkbox"/> 入浴できません	<input type="checkbox"/> 入浴できません	<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます	<input type="checkbox"/> シャワー浴が出来ます
	看護			<input type="checkbox"/> 手術中に尿の管を入れます	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜いた後トイレに行けます	
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"/> 麻酔医より麻酔の説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より 手術前の説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師より 手術室での状態の説明があります				<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 ＜退院時指導＞ 主治医の許可があるまでは重労働や激しい運動 車・自転車の運転はしないでください	

*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 _____)