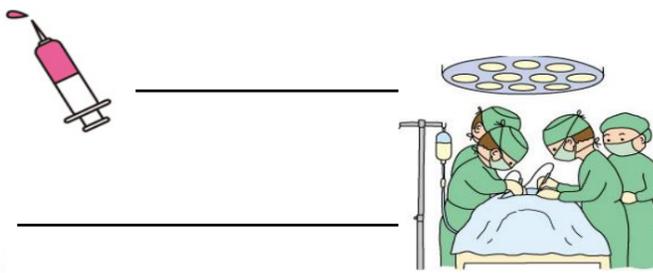
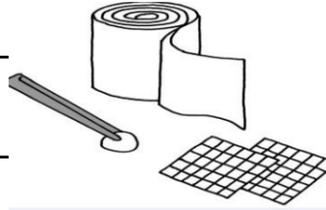


# 入院診療計画書ーCVポート植込術を受けられる患者様へー

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 |

|          | 手術前日  | 手術当日   |   | 手術後1日目   | 手術後2日目～3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"/> 術後合併症がない                       | <input type="checkbox"/> 術後合併症がない<br><input type="checkbox"/> 創部の安静が保持できる            | <input type="checkbox"/> 術後合併症がない<br><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"/> 胸部・腹部のレントゲン<br>心電図・血液検査があります   |                      |   | <input type="checkbox"/> 創部の処置があります<br><input type="checkbox"/> 主治医によりポートを確認をします     | <input type="checkbox"/> 創部の処置があります<br> |
| 処置       |   |  |   |  |   |
| 薬        | <input type="checkbox"/> 持参薬があれば<br>看護師に渡してください          |  |   |  |   |
| 点滴       |   | <input type="checkbox"/> 手術前より点滴をします   | <input type="checkbox"/> 手術後に<br>抗生剤の点滴をします             |  |   |
| 食事       |   | <input type="checkbox"/> 午前中の手術の時は<br>朝食はありません<br><input type="checkbox"/> 午後からの手術の場合は<br>朝食後より食べられません |   |  |   |
| 安静度      | <input type="checkbox"/> 病院内歩行できます  | <input type="checkbox"/> 病棟内歩行できます   | <input type="checkbox"/> 手術後に初めて動くときは<br>ナースコールを押してください | <input type="checkbox"/> 病院内歩行できます   |   |
| ケア<br>清潔 | <input type="checkbox"/> 入浴可能です<br><input type="checkbox"/> 病衣を希望される方は<br>お申し付けください<br><input type="checkbox"/> マニキュア、ペディキュアは<br>おとしてください | <input type="checkbox"/> 入浴できません<br><input type="checkbox"/> 病衣を着て手術に行きます                              | <input type="checkbox"/> 入浴できません                        | <input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます   |                                        |
| 説明・指導    | <input type="checkbox"/> 主治医より手術の説明が<br>あります<br><input type="checkbox"/> 看護師より手術前の説明が<br>あります   |  |   | <input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば退院できます  |   |

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

尼崎中央病院

(患者様控)