

入院診療計画書—局所麻酔で肛門の手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 |
| | 手術前日 | 手術当日 | | 手術後1日目 | | | |
| | | 手術前 | 手術後 | | | | |
| 目標 | | <input type="checkbox"/> 手術に関する不安を取り除く <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"/> 手術内容の説明を受け同意している |  | <input type="checkbox"/> 術後合併症を起こさない <input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点がある <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる <input type="checkbox"/> 自己にてガーゼ交換(洗浄)ができる | | | |
| 検査 | | | | | | | |
| 処置 |  | <input type="checkbox"/> グリセリン浣腸をします <input type="checkbox"/> T字帯を使用します ※お持ちの方はお知らせください | | <input type="checkbox"/> 傷の消毒をします <input type="checkbox"/> 排便後はウォシュレットやシャワーで洗浄してください | | | |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 眠前に処方されている下剤を服用してください | <input type="checkbox"/> 内服中の薬をお持ちください | <input type="checkbox"/> 内服薬の処方があります | <input type="checkbox"/> 肛門内に塗る薬も処方されます  | | | |
| 点滴 | | | | | | | |
| 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"/> 手術が午前の時は7時まで 午後の手術の時は10時まで補水液のみ摂取出来ます | <input type="checkbox"/> 夕食より食事があります  | | | | |
| 安静度 | | <input type="checkbox"/> 安静度は制限ありません | <input type="checkbox"/> 手術後2時間はベッド上安静です <input type="checkbox"/> その後はトイレまでの移動のみ可能です | <input type="checkbox"/> 安静度は制限ありません | | | |
| ケア | 清潔 | <input type="checkbox"/> 入浴を済ましておいてください <input type="checkbox"/> マニキュア ペディキュアはおとしてください | <input type="checkbox"/> 病衣希望の方はお知らせください | <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます  | | | |
| | 看護 | | <input type="checkbox"/> 血圧と体温を測ります | | | | |
| 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"/> 看護師より説明があります |  | <input type="checkbox"/> 主治医の許可があれば退院ができます | | | |

*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 _____)