

入院診療計画書－内視鏡的副鼻腔手術を全身麻酔で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1日目	手術2日目～手術後4日目(退院)
		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"/> 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"/> 痛みのコントロールができる	<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"/> 合併症がない	<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活上の注意点が理解できる
検査	<input type="checkbox"/> 手術のための検査をします (胸部レントゲン・採血 心電図・心エコー)				
処置	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングのサイズを測定します <input type="checkbox"/> 歯科受診があります	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキング・病衣を 着用して行きます <input type="checkbox"/> 手術の約30分前に 外来にて術前処置をします		<input type="checkbox"/> 外来にて処置します	<input type="checkbox"/> 外来にて処置します <input type="checkbox"/> 退院日は処置をしてから退院です
薬	<input type="checkbox"/> 持参薬がある方は持ってきてください 中止する薬剤がある場合は お伝えします <input type="checkbox"/> 抗凝固薬を内服している方は 医師より中止の指示があります	<input type="checkbox"/> 持参薬を朝食分まで内服します <input type="checkbox"/> 手術当日の昼食・夕食分の内服は 中止します		<input type="checkbox"/> 持参薬を再開します	<input type="checkbox"/> 手術2日目より 内服の抗生剤を渡します 
点滴		<input type="checkbox"/> 手術室で点滴を始めます	<input type="checkbox"/> 手術後に点滴があります <input type="checkbox"/> 就寝頃に点滴が終わります	<input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴を朝と夕方に行います 夕方の点滴が終われば 点滴の針を抜きます	
食事	<input type="checkbox"/> 午後9時以降は絶食です <input type="checkbox"/> 補水液のみ摂取できます	<input type="checkbox"/> 午前10時まで 補水液のみ摂取できます  10時以降は 飲んだり食べたりできません	<input type="checkbox"/> 手術後は 飲んだり食べたりできません <input type="checkbox"/> 手術3時間後以降にお腹の音を 看護師が確認したら 少量の水分から飲んでいただきます	<input type="checkbox"/> 朝食は全粥がでます <input type="checkbox"/> 昼食からは常食(米飯)になります 	
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません	<input type="checkbox"/> 病棟内では制限はありません	<input type="checkbox"/> 術後はベッド上安静です <input type="checkbox"/> 手術3時間後より トイレ歩行はできます	<input type="checkbox"/> 制限はありません	
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴できます		<input type="checkbox"/> 入浴はできません	<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます
	看護	<input type="checkbox"/> 検温をします		<input type="checkbox"/> 手術後に検温します	<input type="checkbox"/> 検温をします
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"/> 麻酔科医より麻酔の説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師より説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より 手術の流れを説明します <input type="checkbox"/> 各種同意書を提出してください	<input type="checkbox"/> 手術の約30分前に外来にて 術前処置をします	<input type="checkbox"/> 鼻出血についての説明をします		<input type="checkbox"/> 退院後の注意点を説明します <input type="checkbox"/> 退院後の診察予定日を決めます <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

*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 _____)