

# 入院診療計画書－鼻中隔矯正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 \_\_\_\_\_)