

入院診療計画書ー顔面神経麻痺の患者様へー

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～退院
		(手術前)	(手術後)		
目標		<input type="checkbox"/> 術後の安静が理解出来る	<input type="checkbox"/> 術後の安静が理解出来る <input type="checkbox"/> 術後合併症がない	<input type="checkbox"/> 術後合併症がない	<input type="checkbox"/> 術後合併症がない <input type="checkbox"/> 退院後の注意点が理解出来る
検査	<input type="checkbox"/> 聴力・味覚検査があります ※休日入院の場合は手術当日に検査となります (前日にお知らせします)				<input type="checkbox"/> 退院前に診察があります
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"/> 毎日ガーゼ交換があります	
薬	<input type="checkbox"/> 持参薬がある場合は看護師にお知らせください	<input type="checkbox"/> 主治医の指示で必要な内服薬のみ服用します (内服は全て中止になる場合もあります)	<input type="checkbox"/> 主治医の指示で夕方より内服薬は再開になります	<input type="checkbox"/> 点滴終了後より抗生剤の内服が始まります	<input type="checkbox"/> 退院時には退院処方をお渡しします
点滴			<input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴をします 	<input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴があります	
食事	<input type="checkbox"/> 夕食後より絶食になります <input type="checkbox"/> 寝る前に経口補水液(OS-1)をお渡しします	<input type="checkbox"/> 経口補水液(OS-1)のみ飲むことが出来ます	<input type="checkbox"/> 夕食よりお粥が始まります	<input type="checkbox"/> 常食もしくは治療食に変わります	
安静度	<input type="checkbox"/> 院内自由 	<input type="checkbox"/> 術前までは院内自由	<input type="checkbox"/> 術後3時間後よりめまいがなければトイレまで歩けます	<input type="checkbox"/> 院内自由	
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> 爪切りや髭剃りをしてください <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアは落として下さい <input type="checkbox"/> 病衣を希望される方はお知らせ下さい	<input type="checkbox"/> 入浴出来ません		<input type="checkbox"/> 首下までのシャワーが可能になります <input type="checkbox"/> 術後6日目よりシャンプーが可能になります
	看護		<input type="checkbox"/> 手術中に尿の管を入れます <input type="checkbox"/> 手術後心臓の動きを見るためのモニターをつけます		
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"/> 病棟看護師より術前の説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護しより手術室での状態の説明があります				

*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 _____)