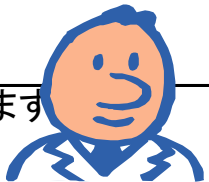
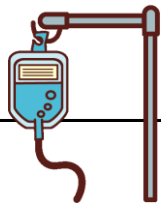




入院診療計画書—頸部リンパ節生検(局麻)を受けられる患者様へ—

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

		手術当日		手術後1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て同意する <input type="checkbox"/> 術後合併症を起こさない		<input type="checkbox"/> 術後合併症を起こさない
処置		<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの測定を行います		<input type="checkbox"/> 外来で処置を行います <input type="checkbox"/> 診察の結果にて退院が決まります
薬		<input type="checkbox"/> 内服がある場合は朝食後分まで服用します 内服薬は入院時持参してください 	<input type="checkbox"/> 夕食後分より内服が再開となります 	<input type="checkbox"/> 抗生物質の内服があります 
点滴		<input type="checkbox"/> 手術前より点滴をします 手術中に抗生剤の点滴をします	<input type="checkbox"/> 術前から引き続き点滴をします <input type="checkbox"/> 午後10時に抗生剤の点滴をします	
食事		<input type="checkbox"/> 午前9時以降は絶食で午後12時以降は絶飲食となります	<input type="checkbox"/> 術後3時間以降にお腹の音を確認した後から飲水が可能となります <input type="checkbox"/> 夕食より食事が始まります	
安静度		<input type="checkbox"/> 特に制限はありません	<input type="checkbox"/> 術後はベッド上安静となります <input type="checkbox"/> 術後3時間でトイレ歩行のみ可能となります	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません
ケア	清潔			<input type="checkbox"/> 体拭きを行います
	看護	<input type="checkbox"/> 術前オリエンテーションを行います		
説明・指導		<input type="checkbox"/> 手術同意書を看護師へ提出してください <input type="checkbox"/> 手術室の看護師より説明があります		<input type="checkbox"/> 看護師から退院説明があります

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