








入院診療計画書—口蓋扁桃摘出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

	入院日	手術当日		手術後1日目	手術2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"/> 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"/> 手術のための検査します				
処置	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングのサイズ測定します	<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"/> 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 医師より中止の指示があります 	<input type="checkbox"/> 持参薬は朝・昼分は中止です <input type="checkbox"/> 医師より指示があった内服のみ服用します	<input type="checkbox"/> 内服が出来るようであれば 内服再開となります	<input type="checkbox"/> 内服出来るようであれば 抗生剤の内服が開始となります	<input type="checkbox"/> 退院時に内服処方があります 
点滴		<input type="checkbox"/> 手術室で点滴します	<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に行います (内服出来ない場合のみ) 	
食事	<input type="checkbox"/> 午後9時以降は絶食です <input type="checkbox"/> 24時以降はOS-1のみ摂取できます	<input type="checkbox"/> 10時までにOS-1を 1本(500ml)飲みます 	<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"/> 朝食は全粥が出来ます 	
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"/> 入浴はできません	<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます <input type="checkbox"/> 術後2日目より首から下は シャワー浴ができます <input type="checkbox"/> 術後3日目よりシャワー浴できます
	看護	<input type="checkbox"/> 検温します	<input type="checkbox"/> 検温します	<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"/> 退院後の注意点を説明します <input type="checkbox"/> 退院日の診察予定日を決めます

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