

入院診療計画書－腰椎椎弓切除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
	手術前日	手術当日		手術後1日目		手術後2日目～5日目(退院)	
		手術前	手術後				
目標	<input type="checkbox"/> 治療内容の説明を受け同意している	<input type="checkbox"/> 術前の準備が出来る	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロールが出来る	<input type="checkbox"/> リハビリに参加できる		<input type="checkbox"/> 退院後の留意点が理解出来る	
検査	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はその都度お知らせします			<input type="checkbox"/> 腰のCT検査があります			
処置			<input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます	<input type="checkbox"/> CT検査後に傷の管を抜きます <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> コルセットをつけます <input type="checkbox"/> 心電図モニターを外します			
薬	<input type="checkbox"/> 通常通り内服して下さい 	<input type="checkbox"/> 医師の指示があります	<input type="checkbox"/> 中止指示のある場合はお知らせします				
点滴		<input type="checkbox"/> 午前7時から点滴を始めます 		<input type="checkbox"/> 医師の判断により点滴終了となります			
食事	<input type="checkbox"/> 夕食は摂って頂きそれ以降は絶食です <input type="checkbox"/> 消灯後よりOS-1の飲用を開始してください	<input type="checkbox"/> 午前10時まで飲水出来ます (OS-1を2本午前10時までに飲み終わってください)	<input type="checkbox"/> 術後3時間から飲水できます	<input type="checkbox"/> CT検査後に食事を摂って頂きます			
安静度	<input type="checkbox"/> 特に制限はありません		<input type="checkbox"/> ベッドの傾きは30度までです 	<input type="checkbox"/> 医師の診察を経てCT検査後に起き上がりを開始します			
ケア	清潔			<input type="checkbox"/> 体を拭きます		<input type="checkbox"/> シャワー浴が可能です	
	看護		<input type="checkbox"/> 鎮痛剤を使用しますが痛みがある場合は我慢せずお知らせください				
説明・指導	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの採寸をします <input type="checkbox"/> リハビリスタッフよりオリエンテーションがあります	<input type="checkbox"/> 術衣に着替えて頂き使い捨てパンツと弾性ストッキングを履きます					

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