


入院診療計画書—下肢静脈瘤血管内焼灼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

		手術当日(入院日)		手術翌日(退院日)
		手術前	手術後	
目標		<input type="checkbox"/> 心身ともに平静に手術を受けることができる	<input type="checkbox"/> 出血などの合併症が出現しない <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の注意事項が理解できる
処置			<input type="checkbox"/> 定期的に検温を行います	<input type="checkbox"/> 創部のガーゼ交換を行います
薬		<input type="checkbox"/> 内服は通常通り服用してください 医師の指示により薬を中止する場合があります	<input type="checkbox"/> 夕食後から抗生物質・鎮痛薬・胃薬の内服が開始となります(5日間)	<input type="checkbox"/> 中止している薬は医師の指示があるまで中止してください
点滴		<input type="checkbox"/> 外来で利き手と反対の手に点滴の針を挿入します (手術中に点滴が開始となり、抗生剤もあります)	<input type="checkbox"/> 手術中に開始した点滴は終了後に針を抜きます	
食事		<input type="checkbox"/> 朝食は軽食でその後絶飲食で来院してください	<input type="checkbox"/> 夕食から食事が開始になります	
安静度		<input type="checkbox"/> 特に制限はありません	<input type="checkbox"/> 病棟内では特に制限はありません	
ケア	清潔			<input type="checkbox"/> シャワーは1週間入れませんので タオルで体を拭く程度にしてください
説明・指導		<input type="checkbox"/> 主治医より手術についての説明があります <input type="checkbox"/> 手術室看護師より説明があります <input type="checkbox"/> 同意書にサインをして看護師に渡してください 	<input type="checkbox"/> 手術後に医師より説明があります <input type="checkbox"/> 何か異常があれば早めに教えてください 	<input type="checkbox"/> 創部のガーゼは 次回受診日までそのまま触らないようにしてください <input type="checkbox"/> 創部から出血や浸出液などあればすぐに受診して下さい

*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 _____)