

入院診療計画書－閉塞性動脈硬化症の手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

	術前			手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3日目～退院まで
	1日目	2日目	3日目	術前	術後			
目標	<input type="checkbox"/> 心身ともに落ち着いて手術に臨むことができる <input type="checkbox"/> 手術の流れが分かる			<input type="checkbox"/> 術後合併症がない <input type="checkbox"/> 出血などの合併症がない		<input type="checkbox"/> 出血などの合併症がない	<input type="checkbox"/> 出血などの合併症がない <input type="checkbox"/> 痛みコントロールができ離床が進む	
検査	<input type="checkbox"/> レントゲン検査を行います <input type="checkbox"/> 心電図検査を行います <input type="checkbox"/> 血液検査を行います	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします		<input type="checkbox"/> レントゲン検査を行います <input type="checkbox"/> 血液検査を行います		<input type="checkbox"/> 血液検査を行います	<input type="checkbox"/> 検査がある場合はお知らせします	
処置	<input type="checkbox"/> 指定された範囲の毛剃りを行います			<input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します <input type="checkbox"/> 手術室で尿の管を入れます <input type="checkbox"/> 酸素投与を行います		<input type="checkbox"/> 酸素投与は医師の指示により継続か中止か決まります <input type="checkbox"/> 心電図モニターは医師の指示があるまでつけたままです <input type="checkbox"/> 医師が適宜ガーゼ交換を行います		
薬	<input type="checkbox"/> 普段服用している薬がある方は内服継続か中止かどうか医師の指示があります		<input type="checkbox"/> 昼(14時～15時)と眠前に下剤を内服します	<input type="checkbox"/> 朝6時に浣腸をします	<input type="checkbox"/> 内服については医師から指示があります			
点滴				<input type="checkbox"/> 医師の指示により点滴を行います(状況によってはしばらく点滴が続きます)				
食事	<input type="checkbox"/> 低残渣食を提供します		<input type="checkbox"/> 食事は朝までです <input type="checkbox"/> それ以降は水分のみ可 昼から眠前までにOS-1を2本飲用してください	<input type="checkbox"/> 朝6時までにOS-1を1本飲用して下さい <input type="checkbox"/> 朝6時以降絶飲食です	<input type="checkbox"/> 帰宅後3時間で飲用テストをします 問題なければ水分可となります	<input type="checkbox"/> 昼より心臓食5分粥を提供します 問題なければ1回ごとに食事形態が変わります		
安静度	<input type="checkbox"/> 院内フリー			<input type="checkbox"/> ベッド上安静	<input type="checkbox"/> 状況に応じて医師より指示があります			
ケア 清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます		<input type="checkbox"/> シャワー浴後動脈に印をつけます	<input type="checkbox"/> 手術着に更衣します	<input type="checkbox"/> 状況に合わせて清潔援助を行います(医師の判断によりシャワー浴が可能になります) <input type="checkbox"/> 痛みがある場合はお知らせ下さい			
リハビリ				<input type="checkbox"/> 必要時 医師からリハビリ指示があります				
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書についての説明があります <input type="checkbox"/> 同意書にサインをいただきます							

*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 _____

尼崎中央病院

(続柄 _____)