

# 入院診療計画書「鼠径ヘルニア手術を受けられる

# さんへ」

(病名) \_\_\_\_\_

(症状) \_\_\_\_\_

(説明日) 年 月 日(ご本人・ご家族)

確認サイン

経過 月日	入院時・手術前日 ( / )	手術当日 (術前・術後) ( / )		術後1日目 ( / )	2日目(退院) ( / )
目標	(術前) 術前処置をスムーズに行う。		(術後) 術後合併症を起こさない。		
治療 処置	手術部位の除毛を行います。 手術に必要な物品の説明・準備を行います。	術前点滴を行います。 術衣に着替えます。	術後点滴を行います。 抗生剤点滴を行います。 尿管が留置されます。	尿管を抜きます。 術後点滴・抗生剤点滴を中止します。	
手術	□無 ・ □有 (術式: _____)				
検査	採血やレントゲンなどの術前検査を行います。	/		採血を行います。	/
薬剤	常用薬や薬剤アレルギーがあればお知らせ下さい。 21時に下剤(センノサイド2錠)と安定剤(必要時)を内服します。			常用薬を再開します。 _____ →	
全身管理 症状	腹痛や吐き気があればお知らせ下さい。		創部の観察をします。腸蠕動を確認します。		
	体温・脈拍・血圧・酸素濃度を測定します。 (1日4回測定します。)	6時・出棟時に測定します。	15分毎に4回 30分毎に2回 60分毎に1回 その後は適宜測定します。	1日4回測定します。 	1日2回測定します。
食事 栄養指導	特別な栄養管理の必要性 □有 ・ □無 必要に応じて栄養状態を良くするための支援を行います。 夕食まで普通食です。 21時より飲んだり食べたりできません。		指示まで絶飲食です。		朝から飲水を開始します。 昼から食事を開始します。(全粥からです。)
安静度	安静の必要はありません。		ベッド上安静です。(頭部を挙げて安静にします。)		立位～歩行開始します。 歩行範囲を拡大していきましょう。 シャワー浴ができます。
清潔	シャワーまたは清拭を行います。		洗面など援助します。		各種保険の診断書が必要な方は提出してください。 自宅での食事・生活指導を行います。
説明・指導	主治医から手術説明を受け同意書にサインをお願いします。 検査によっては入院前に行うことがあります。 手術後の経過などについて説明を行います。 治療・福祉などのご相談がある場合は、看護師か相談員にお尋ねください。		主治医より手術の結果説明があります。		離床の必要性について説明します。 転倒予防について説明します。

※症状により、予定と異なる場合があります。わからないことがあれば、お気軽に主治医や看護師にお尋ね下さい。  
 ※なお、この計画書を病院側から受け取られた後は、患者さんの責任の下、保管していただきますようお願い申し上げます。  
 ( 病棟 号室) 主治医 印 担当看護師署名 担当者署名