

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