

入院診療計画書「肺切除術を受けられる

さんへ」 NO. 1

(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・曜日	入院時	手術前日	手術当日	術後1日目	術後2日目	
到達目標	手術の必要性について理解し心身の準備ができる			離床が安全に行える		
治療処置		手術部位の除毛します 麻酔科医の診察があります (ただし主治医の指示で)	午後手術の方は持続点滴を します	術後ICU入室になります 胸部に管が入っています 尿の管が入っています 点滴と抗生剤(炎症を抑える 薬)を1日2回(朝・夕)します	術後点滴持続 術後抗生剤投与 胸腔ドレーンを抜去します	術後点滴持続
手術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(術式: )					
検査	血液や尿、心電図やレントゲン 検査をします		採血があります		血液とレントゲン検査をしま す	レントゲン検査があります
薬剤 服薬指導	日頃から服用している薬やア レルギーがあればお知らせく ださい		内服が必要な時は看護師が お持ちします。			
全身管理 症状	毎日体温を測ります		6時に体温と血圧を測ります	術後15分毎4回、30分毎2 回、その後1~4時間毎に体 温、脈拍、血圧、呼吸数、血 液中の酸素濃度を測定しま す 心電図もつけます	体温、血圧を1日4回測定し ます 1日3回吸入をして痰を出し やすくします	
食事 栄養指導	特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 普通食 (高血圧や糖尿病の方は治療 食になることがあります)		麻酔科医師の指示に従って 下さい		水が飲めます 昼から食事が始まります	
安静度	病院内は自由です			ベッド上安静です 寝返りはできません	自力で座ってみましょう	歩いてみましょう
清潔		除毛後に入浴、洗髪をしてお きましょう	朝8時迄にシャワー、歯磨き を済ませておきましょう		ベッドの上で身体を拭いて着 替えをします(看護師がお手 伝いします)	
患者・家族 への説明	主治医が入院治療計画や手 術についてご説明いたします 看護師が病棟内をご案内し入 院生活のご説明をいたします 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。	手術同意書をご提示ください 手術に必要なものを確認い たします 手術室の看護師が伺います		手術の結果を主治医がご家 族の方にご説明いたします ご家族の方は病棟でお待ち ください	深呼吸や痰の出し方につい て説明いたします 離床の必要性についても説 明いたします	

※症状により、予定と異なる場合があります。分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

# 入院診療計画書「肺切除術を受けられる




さんへ」 NO. 2

(病名) \_\_\_\_\_

(症状) \_\_\_\_\_

(説明日) 年 月 日 (ご本人・ご家族)

確認サイン

経過	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目
月日・曜日	/	/	/	/	/	/
到達目標	離床が安全に行える		計画的に離床し退院することができる			
治療処置	尿の管が抜けます 術後点滴中止					
手術	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (術式: _____)					
検査	血液・レントゲン検査があります	 	血液・レントゲン検査があります			
薬剤服薬指導						
全身管理症状					体温・血圧は1日2回測定します	
食事栄養指導						
安静度	病棟内を歩きましょう		院内を歩きましょう 			
清潔	管が抜けたら 全身シャワー可能です		→			
患者・家族への説明				看護師から退院後の生活上の注意点についてご説明いたします 診断書等の書類が必要な方は早めにお申し出ください		今後の治療について医師からご説明いたします 退院のご説明をいたします(退院は原則として午前中お願いします。土・日のみ午後からになります) 次回受診日をお知らせします

※症状により、予定と異なる場合があります。分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