

入院診療計画書

開腹による胆嚢摘出術を受けられる ()様へ

2 部 印 刷
1 部 : 患 者 ファイル
1 部 : 患 者 様 用

病名 年齢 生年月日: 薬剤師
 症状 受持看護師 病棟 管理栄養士

手術日時 年 月 日 AM・PM 時 分

病日	手術前日		手術当日		術後1日目	2日目	3日目	4~6日目	術後7日目 (退院可能)	術後8日目 (退院)	
			(手術前)	(手術後)							
日付	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()		<input type="text"/> / <input type="text"/> ()		<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> () ~ <input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	<input type="text"/> / <input type="text"/> ()	
目標	手術について理解でき、不安の軽減が図れる		痛い時や調子の悪い時に訴えることができる		痛い時や調子の悪い時に訴えることができる しっかりと身体を動かすことができる		退院に向けて準備ができている				
食事	原則として21時以降は食べることができません (水分は麻酔科医から説明があります)		飲んだり食べたりできません (水分は麻酔科医から説明があります)		飲水は自由です		術後3日目から食事が開始になります ※食事療法が必要な方は、病状にあわせた食事ができます				
安静度	自由です		ベッド上で安静に過ごします		自由です						
清潔	入浴をすることができます (髪を洗うこともできます)		義歯・指輪・ヘアピンははずして下さい		看護師が体を拭きにまいります 管が抜けたらシャワー浴をすることができます						
排泄	21時に下剤を飲んでいただきます		6時頃に浣腸をします 麻酔で眠った後尿の管を挿入します		尿管を抜きます 歩いてトイレまで行くことができます						
検査	入院日までに手術に必要なX線検査や血液検査があります				血液検査、胸部・腹部X線撮影があります			血液検査、腹部X線撮影があります			
治療	※抗凝固剤(パナルジン・ハファリン・ハイアスピリン・ワーファリン・プラビックス・プレタールなど)を内服している方は中止して下さい		内服薬については、主治医の指示により再開するかどうか決めます								
処置	麻酔科の診察があります 希望により眠れるお薬を内服します おへそのそうじをします 手術室看護師が手術について説明します		毛剃りを行います 手術着に着替えます 手術室で点滴を開始します 胃に管を挿入します 医師からの指示がある方は弾性ストッキングをはきます		点滴を開始します (術後3日目まで) 酸素吸入を行います		術後3日目まで朝と夕に抗生剤の点滴があります 医師、看護師が創部の状態の観察に伺います 術後2日目以降にお腹の管を抜きます 尿管を抜いた後、排尿状態の確認をさせていただきます			縫合糸がある方は創部保護剤をはずして抜糸します 形成テープを貼付します	
注意事項 その他	わからない事や不安な点があれば、どんなことでもかまいませんので看護師にお尋ねください お薬などのアレルギー歴がある場合は医師または看護師にお知らせください 必要物品 腹帯 1枚 バスタオル 1枚 アtentタイプオムツ 1枚		手術中、家族の方は病室またはデイルームでお待ち下さい 主治医から術後説明があります		手術後は看護師が定期的に状態の観察に伺います 傷の痛みがある時は、遠慮なく看護師に申し出てください 必要時、痛み止めを使います 術後の肺合併症・腸閉塞の予防のためにも、術後積極的に身体を動かし歩行することがよいとされています がんばって身体を動かしましょう 退院日と次回外来受診日が決定します			〈退院指導〉 日常生活の留意点、定期受診について説明します			

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください。

◇総合的な機能評価◇ 評価対象外

<input type="checkbox"/> 日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
<input type="checkbox"/> 認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察
<input type="checkbox"/> 意欲	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察

※特別な栄養管理の必要性 有
 無

主治医 印
又は署名
私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。
患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)