

入院診療計画書(前立腺全摘除術)

ID番号 @PATIENTID
病名(他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室




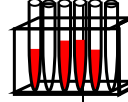



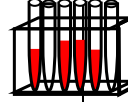
















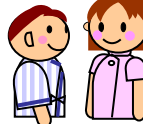




担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院日(手術前日)	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目	術後2日目	術後3~4日目	術後6日目	術後8日目
目標	手術に向けての準備ができる。 	コンディションの良い状態で手術を受けることができる。 	痛みがなく起き上がることができる。 	痛みがなく起き上がることができる。 	痛みがなく歩くことができる。 			骨盤底筋運動の必要性を理解できる。 
検査			足の付け根から採血をします。 	採血をします。病室でレントゲン検査があります。 	採血をします。 		採血をします。 	おしっこの管が抜けた後に、尿流・残尿測定、パッドテスト(1時間、24時間)、排尿記録を行っていただきます。詳しい日程はその都度説明いたします。
治療								
処置	手術部位の除毛をします。その後入浴してもらいます。 腕に名前と血液型を書きます。 	手術前に浣腸をします。 手術前に血栓予防のストッキングをはきます。(ストッキングは看護師が準備します) 	酸素吸入をします。 心電図モニターをつけます。 血栓予防に足に器械をつけます。 痰を出しやすくするため吸入をします。 	医師が創の観察に来ます。 状況に応じて痰を出しやすくする吸入をします。 	医師が創の観察に来ます。 創の状態、管が抜けます。 			
観察	体温、血圧測定を行います。身長、体重測定を行います。 		2時間ごとに血圧、体温測定をします。	1日4回(起床時、午前、午後、寝る前)に体温、血圧測定をします。	1日3回(起床時、午後、寝る前)に体温、血圧測定をします。		1日1回体温、血圧測定を行います。	
注射		浣腸後に点滴を始めます。 ※1番目の手術の方は手術室で点滴を始めます。	点滴が続きます。			食事がとれるようになれば点滴が終了します。		
内服	薬剤師が持参した薬の内容を確認します。 			医師の許可が出たら、通常内服している薬を再開します。	昼から五分粥が開始される予定です。 	昼から全粥になる予定です。	朝から普通食になる予定です。 	
食事	夕食まで食事ができます。詳しい絶食の時間などの詳細は後ほど説明します。	食べたり飲んだりできません。 		医師の許可が出たら、水分をとることができます。 				
行動		無理が無い方法で看護師と一緒に手術室へ向かいます。	手術室からストレッチャーで戻ってきます。手術後はベッド上安静です。 	医師の許可が出たら、起き上がり歩くことも可能です。初めは看護師と一緒に動くようにしましょう。看護師が体を拭きます。		病院内を自由に歩くことができます。 	医師の許可が出たらシャワー浴ができます。 	
説明	病棟看護師が手術の準備と手術前後の予定について説明します。 骨盤底筋運動についての説明があります。 麻酔科医師と手術室看護師が手術前の訪問に来ます。 	※手術中、ご家族の方は病室か病棟のロビーでお待ちください。 	手術終了後、手術の経過について医師よりご家族へ説明があります。 				骨盤底筋運動についての確認を行います。 	おしっこの管が抜けた後、排尿記録をつけていただきます。 

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。
注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

福島県立医科大学附属病院 / パス承認番号 (No.142) 承認月日 (H22年3月10日)

特別な栄養管理の必要性	有	無
-------------	---	---

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名: _____ 続柄: _____