

入院診療計画書（当日帝王切開手術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名

@PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

@SYSDATE

担当医師：@USERNAME

印

担当看護師：

担当薬剤師：

担当栄養士：

| 月日 | 手術当日（ / ） | 帰室後 | 術後1日目（ / ） | 術後2日目（ / ） | 術後3日目（ / ） | 術後4日目（ / ） | 術後5日目（ / ） | 術後6日目（ / ） | |
|----|--|---|---|---|---|-------------------------------------|---|---|--|
| 経過 | 帝王切開分娩です | 母児の体調により母児同室が可能です 授乳が始まります | 医師の指示により歩けます | | | | | 退院のための診察があります 赤ちゃんと一緒に退院可能です | |
| 目標 | | | <input type="checkbox"/> 悪露の排泄がみられる <input type="checkbox"/> 早期離床できる | <input type="checkbox"/> 排ガスがある | | | | <input type="checkbox"/> 創部の回復が順調である <input type="checkbox"/> 退院できる | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 胎児心拍数モニター リング <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査 | | | | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 | | |
| 治療 | | <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> ハドマー (足のマッサージ) | <input type="checkbox"/> ハドマー (足のマッサージ) | | | | | | |
| 処置 | <input type="checkbox"/> 尿の管をいれます <input type="checkbox"/> 除毛 <input type="checkbox"/> 左腕に名前・血液型を書きます | | <input type="checkbox"/> 術後診察 <input type="checkbox"/> 医師の指示で尿の管を抜きます ※必要時、尿量を測ってメモして頂きます | <input type="checkbox"/> 朝6時～翌朝6時までの排尿回数・排便回数をお聞きます | | | | <input type="checkbox"/> 創部の処置 <input type="checkbox"/> 退院診察 | |
| 観察 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 <input type="checkbox"/> 体重測定 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 <input type="checkbox"/> 体重測定 | |
| 注射 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤 | <input type="checkbox"/> 点滴 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 皮下注射（抗凝固療法） | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 皮下注射 | | | | | |
| 内服 | | | <input type="checkbox"/> 内服薬があります | | | | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 飲食は出来ません <input type="checkbox"/> うがいはできます | <input type="checkbox"/> 麻酔方法によっては術後3時間で水分摂取ができます | <input type="checkbox"/> 朝：水分摂取 <input type="checkbox"/> 昼：全粥食 <input type="checkbox"/> 夕：全粥食 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 普通食 | |
| 行動 | <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングを履きます <input type="checkbox"/> 準備が整い次第手術室に移ります | <input type="checkbox"/> 母児同室開始 <input type="checkbox"/> 授乳開始 <input type="checkbox"/> うがい、歯磨きができます | <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 尿の管が抜けたらトイレの度にご自分でナプキン交換をします | <input type="checkbox"/> 清拭 | <input type="checkbox"/> シャワー浴 | <input type="checkbox"/> シャワー浴 | <input type="checkbox"/> シャワー浴 | <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 許可があれば退院できます | |
| 説明 | <input type="checkbox"/> 入院生活・手術の準備について説明します <input type="checkbox"/> 必要なものを看護師が確認します <input type="checkbox"/> 患者様の準備（眼鏡・コンタクトレンズ・指輪・入れ歯・装飾品ははずして下さい） <input type="checkbox"/> 血栓予防についてマッサージの必要性和足の運動について <input type="checkbox"/> 麻酔科診察 | <input type="checkbox"/> 母児の体調に合わせて授乳や乳頭刺激を行います | <input type="checkbox"/> 離床の説明 <input type="checkbox"/> 体の変化と子宮復古促進について <input type="checkbox"/> 排尿・排便後の消毒について <input type="checkbox"/> 授乳にはガーゼハンカチが必要です <input type="checkbox"/> 授乳・母児同室の説明 ・授乳の仕方、同室について説明します ・体調に合わせて行いますので無理しないでください おめでとうございます | <input type="checkbox"/> 出生証明書の交付 <input type="checkbox"/> 母子手帳の記入 <input type="checkbox"/> シャワー浴について | お産後の保健指導：入院中にお受けください 午前11時～12時頃：ラウンジにて 退院指導（水・土） 家族計画指導（火・金） 沐浴指導（日・木） 午後14時30分～15時頃：ラウンジにて 調乳指導（月・木） | | | <input type="checkbox"/> 排便コントロールについて | <input type="checkbox"/> 退院後の母乳栄養について <input type="checkbox"/> 保健指導の受講状況の把握 <input type="checkbox"/> 退院診察、退院後の生活 <input type="checkbox"/> 40日健診について <input type="checkbox"/> 母子手帳の活用について |
| | | <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常検査・聴覚検査申し込みの説明 申し込みは早めに新生児室までお出してください | <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの診察 | <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの聴覚検査 | <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの退院診察 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常検査 | <input type="checkbox"/> ケイツーシロップ内服 | | | |

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.168） 承認月日（H25年2月27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： |
|-----|-----|