

入院診療計画書(腹腔鏡下子宮全摘術を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様 病棟 @PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室
 病名(他に考える病名) 症状

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~	
経過		手術当日		手術後1日目	手術後2~3日目	手術後4日目	手術後5日目以降
目標	手術への準備が できている。	安心して手術に望むこと ができる。	苦痛を医療者に訴えること ができる。	離床が進み、膀胱留置 カテーテル抜去ができる。			不安なく退院できる。
検査	診察、超音波検査がありま す。 	<手術にいくまでの流れ> □朝6時頃に洗腸をしま す。 □麻酔科医師の指示の 内服があれば服用しま す。 □パンツ以外の下着を 脱いで病衣に着替えて ください。 □化粧やマニキュアを 落としてください。 □血栓予防のストッキ ングを着用します。 □義歯、眼鏡、時計、 ヘアピン、指輪を外し てください。 □髪の毛の長い方はヘア ゴムで束ねましょう。 □貴重品を家族の方に 渡してください。		手術後採血がありま す。 	採血があります。 	□朝採血、尿検査があり ます。	□退院診察があります。
処置	禁煙してください □おへそのそうじをし ます。 □入浴します。 □医師が腕に名前を書 きます。 □手術準備品の確認を します。 □夕食後に下剤を内服 します。 □20時頃に洗腸します。 	手術室から尿管を入 れたまま戻ります。 翌日まで酸素吸入を行 います。 血栓予防のためのマッ サージ機を装着します。 		□酸素吸入を終了し ます。 □医師が創部の確認を します。 □歩けるようになるま では、血栓予防のマッ サージ機を継続しま す。 	□膀胱留置カテー テルを抜去します。 □術後3日目に尿路造 影検査を行います。 ※昼食は食わずにお待 ち下さい	□医師が創部の確認を します。 問題がなければシャ ワー浴が開始になりま す。 	□創部の確認を行います。 創に問題がなければ退院となります。
観察	入院後、検温、検脈、血 圧測定を行います。	朝6時頃に検温、検脈、血 圧測定を行います。	手術後は随時、検温、検脈、血 圧測定と創、腫からの出血がないか確認します。 吐き気や痛みがある場合は看護師に教えてください。				
注射		必要時、午前中に点滴をし ます。	手術室から点滴をしま ま病室へ戻ります。手術 後、抗生剤の点滴をし ます。	□朝と夜に抗生剤の点滴が あります。	□点滴は術後2日目 で終了 になります。		
内服	普段内服している薬は いつも通り内服 してください。 ※内服しているお薬は、 入院時に入院窓口 に提出してください。 	医師の許可があるまで薬は中止 になります。 		水分開始後、痛み止めの内服が 始まります。 持参薬がある方は、医師の 許可後内服開始になり ます。			□必要時、お薬が処方 されます。
食事	夕食まで食事がとれます。 アルジネットウォーターを 飲みます。 (手術の時間によって飲む 時間が決まっています。) 食事に関するアレルギー などあれば、相談して ください。	 水分は()時以降はと らないでください。 		医師の指示により水分、食 事が開始になります。 むせり、吐き気がないか 確認しながらのんでくだ さい。 		初めて歩行する ときは、看護師が付き 添います。術後 早期に歩いた方が、 回復もはやくなり ますよ!!	職場復帰、旅行などは 医師に相談して下さい。
行動	活動、入浴に 制限はありません。 	手術室へ移動しま す。 	手術後は病室へ戻りま す。 戻ったらベット上で動 けます。 ※創が痛い時や気分が 悪い時は、教えてください。 お薬を使います。	午前中に体を拭いて、着 替えをしま す。 立ちましょ 	シャワーの許可がでる まで体を 拭きます。 どんどん歩きましょう。 		
説明	病棟での日常生活をご 案内しま す。 医師より手術について の説明があります。 (手術同意書の提出を お願いします。) 看護師により手術につ いての説明があります。 麻酔科、手術室看護 師が訪室 します。	<ご家族の方へ> 病棟内でお待ちくだ さい。離 れるときは、待機場所 をお知らせください。		手術後、医師より家 族の方に説明があり ます。 	看護師より便秘予 防の説明 があります。 体を拭きますね。 	シャワー浴時、創の部 位はこすらず流す程度 にしてください。	医師より退院の説明 があります。 看護師より退院後の 生活について、創の 保護についての説明 があります。 □退院時には予約票 ・退院証明書・退院 処方が渡 されます。 □退院時にはリス トバンドを外しま 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ます。
 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 バス承認番号(Na.182) 承認月日(平成28年11月2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: