
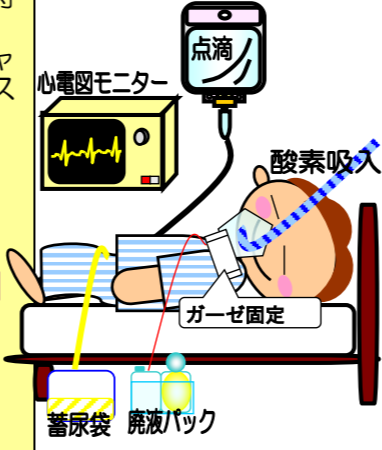
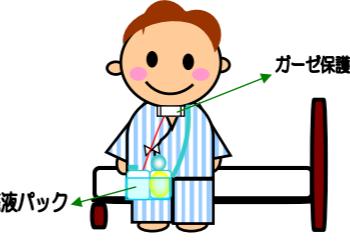
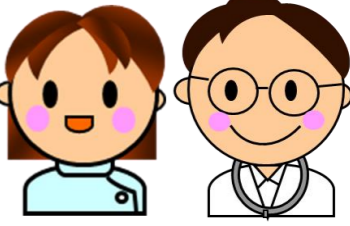



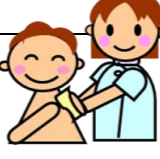



入院診療計画書(甲状腺葉切除術を受ける患者様へ)

ID番号 @PATIENTID      病名(他に考える病名)      担当医師 @USERNAME      印      症状      様      入院診療計画書(甲状腺葉切除術を受ける患者様へ)      @PATIENTWARD      病棟      @PATIENTROOM      号室      @PATIENTNAME      様      担当看護師      担当薬剤師      その他担当者名      @SYSDATE

月日	入院日( / )		手術日( / )		術後1日目( / )	術後2日目( / )	術後3日目以降
	術前	術後	術前	術後			
経過	手術へむけて準備を行います。	術前準備を行います。	( )頃手術室へ移動します。	術後は病棟に戻ります。		注意点を守りながら少しずつ日常生活のリズムを戻していきましょう。	退院
目標	入院、手術に対する不安をコントロールできる。	手術に対する不安をコントロールできる。	手術に対する不安をコントロールでき、手術に臨める。	術後の痛みをコントロールできる。	術後の注意点を理解できる。	術後の注意点を守ることができる。	退院を受け入れ、生活上の注意点を理解できる。
検査	採血、採尿、心電図、呼吸機能、レントゲン、エコー、CT、核医学検査等。 ※外来で検査済の項目については基本的には再検査しません。			採血(レントゲン)	採血	予定はありません。	
処置	予定はありません。	夕方頃、医師が左腕に氏名、血液型を記入します。 	手術室入室後、または10時頃から点滴を始めます。排泄を済ませ、前開きのシャツと病院のパジャマ、弾性ストッキングに着替えて下さい。  ( 時 分)頃手術の予定です。時間は前後することがあります。 	酸素マスクが終了になります(術当日に終了することもあります)。尿管を抜去します。水分や食事が摂れれば点滴を抜去します。 	排液が少なくなってきたらドレーンを抜去し、抜糸をします。抜糸後の肌色のテープは自然に剥がれるまで剥がさないで下さい。 		
点滴	予定はありません。						
内服	常用しているお薬を確認します。持ってきたお薬とお薬手帳を提出して下さい。	別途お知らせします。		痛みや吐気、しびれがある時はお薬を使用します。	抗生物質、漢方薬、甲状腺ホルモン等の術後薬が開始になります。持参薬が再開になります。	指示通り内服を継続して下さい。	
食事	制限はありません。 	( / 時 分)から絶食 ( / 時 分)から絶水 	絶食、絶水です。	むせりや吐き気なく水分が摂れれば食事が再開になります。	制限はありませんが、刺激物や固いものは避けましょう。		
清潔	制限はありません。 		ベッド上安静です。	全身清拭を行います。 	抜糸後からシャワー浴が可能です。傷はこすらず、流すだけにしてください。		
行動	制限はありません。長時間部屋を離れる際は必ず看護師に声をかけて下さい。		病棟内で過ごして下さい。	ベッド上安静です。術直後は、首を動かさないでください。横を向きたい時は看護師を呼んで下さい。	初回歩行は看護師が付き添います。歩行時はドレーンのバッグを携帯するようにして下さい。病棟内で過ごして下さい。	制限はありません。長時間部屋を離れる際は必ず看護師に声をかけて下さい。	
説明	・病棟案内のDVDをご覧頂きます。 ・病棟看護師が入院説明を行います。 ・入院や手術に関わる書類の確認をします。 ・薬剤師が持参されたお薬についてお話を伺います。	・麻酔科の診察があります。 ・手術室の看護師が手術室での流れについて説明を行います。	【面会の方へ】 手術後連絡があります。必ず病室か6階ロビーでお待ち下さい。 病棟を離れる際はスタッフへ声をかけて下さい。携帯電話は繋がるようにしておいて下さい。				退院後の生活の注意点、内服薬については、退院時に別紙にて説明を行います。  【お問い合わせ】 ・平日の日中(外科外来) 024-547-1416 ・夜間や休日(6東病棟) 024-547-1625

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。  
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

特別な栄養管理の必要性      有

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: