

入院診療計画書(鼻骨骨折 前日入院)

ID番号 @PATIENTID
病名(他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様

様

症状

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室



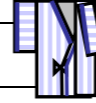


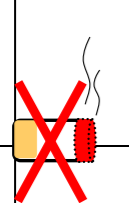



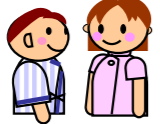


担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	手術前日(月日)	手術当日(月日)		手術後1日目(月日)	手術後2日目(月日)	手術後3日目(月日)
経過	入院  手術に向けて準備を行います	手術前 () に歩いて手術室へ移動します	手術後 手術後は病棟に戻ります			退院 
目標	手術の必要性を理解できる 手術の準備ができる	安全・安楽に手術が迎えられる	経口摂取ができる 	・安全に歩行ができる ・痛みのコントロールができる	→	日常生活の注意が分かり、退院への不安なく、退院ができる
検査	身長、体重測定を行います					
処置	腕に名前、血液型、手術部位を書きます	・病院のパジャマに着替えて下さい ・身につけている装飾品や義歯、眼鏡などはすべて外しましょう ・髪が長い場合は、ヘアゴムでまとめましょう	・帰室後は、麻酔科医師の指示があるまで酸素吸入をします ・尿の管が入ってきます ・心電図モニターが装着されます ・鼻が固定されてきます	・尿の管を抜きます ・心電図モニターを外します		・鼻の固定の確認を行います
観察	1日1回、体温・脈拍・血圧測定を行います	入室前に体温・脈拍・血圧測定を行います		・1日3回体温・脈拍・血圧測定を行います ・口腔内も観察します		・毎日14時に体温・脈拍・血圧測定を行います ・口腔内も観察します
注射		・午前中に手術の方は病棟で点滴をします ・午後からは手術室で点滴をします	・点滴を入れて帰ってきます ・点滴はしばらく続きます	 →		・術後3日目で点滴が終了となります ・夜の抗生剤終了後点滴を抜きます
内服	・薬剤師が持参薬の確認を行います ・飲んでいるお薬があれば、すべて看護師・薬剤師にお知らせ下さい		・吐気や痛みがある場合はお知らせ下さい ・注射や内服薬で症状を緩和します。	疼痛がある場合は、鎮痛剤の内服薬で対応していきます		
食事	麻酔科の医師から、食事や水分の指示がありますので、お守り下さい  月日() 時～ 食べられません 月日() 時～ 食べたり飲んだりできません		・帰室後4時間経ったら診察し、許可が出たら飲水できます ・水分を摂ってお変わりなければ、プリンやヨーグルトなどの軟らかいものを食べることができます	・朝から食事が出ます。食べられる分だけ食べてみましょう 		
行動	・活動に制限はありません ・病棟から離れる時は、看護師に声をかけてください ・入院中は禁煙です ・入浴し、身体を清潔にします 	歩行にて手術室に入ります	・手術室からストレッチャーで病室へ戻ります ・帰室後はベッド上安静になります 	・安静度の制限はなく、歩くことができます ・洗面は蒸しタオルをお渡しします ・医師からの許可があれば、首より下のみシャワー浴を行うことができます	・洗髪は看護師がお手伝いします ・鼻を圧迫したり、ぶついたりしないようにしましょう	・固定が外れるまで、洗面は蒸しタオルで行いましょう ・運動などを開始するときは外来受診時に医師に相談してからにしましょう
説明	・看護師より入院生活について説明をします ・手術の準備について説明をします ・準備物の確認をします ・午後に麻酔科の医師と手術室の看護師が訪問に来ます 	*ご家族の方へ* ・手術が終わるまでは、病室または病棟フロアでお待ちください ・病棟を離れる時は、看護師にお知らせ下さい。 	医師より手術後の説明があります	 手術後は鼻の固定のため、視界が悪くなる場合があります。必要時は、看護師が歩行を見守ります。転倒に注意		・医師より退院後の処置方法や自宅での生活について指導があります ・次回外来受診日の説明があります

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。

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。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.273) 承認月日 (平成30年6月25日)

署名:

続柄:

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。