

# 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



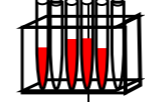
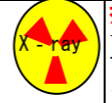


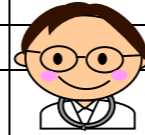










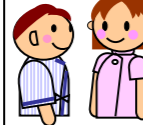




印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

その他の担当者

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	術後11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。	痛みがなく歩くことができる。	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。	安心して退院できる。
検査	採血をします。 レントゲン検査があります。 	手術中 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。 レントゲン検査があります。 			採血をします。 ★尿道膀胱造影検査があります。(検査の日にちが変更になる場合もあります。その際は説明します。) ※検査後おしっこが抜けた時に尿漏れがありますので尿取りパッドを持参してください。 造影CT検査があります。	おしっこが抜けた後に、尿流量・残尿測定、パッドテスト(1時間、24時間)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	臍処置をして入浴してもらいます。 腕に名前と血液型を書きます。 	朝まで排便がなければ坐薬を使用します。	酸素吸入をします。 心電図モニターをつけます。 血栓予防のため足に器械をつけます。	医師が創の観察に来ます。 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)		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。 		4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。	状態に応じて体温、血圧測定をします。			
注射		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。 夕食後に下剤を飲みます。 			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。翌朝から普通食になる予定です。 			
食事	夕食まで食事が出ます。 絶飲食の時間は後ほど説明します。	朝から絶食です。熱水は手術開始時間で異なります。 		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。 ・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。おしっこが抜けたら尿流量・残尿測定、パッドテスト(1時間、24時間)について説明します。 	退院後の生活での注意点について説明します。	退院後も骨盤底筋運動を続けてください。次回外来診察時に持参する排尿日誌とアンケートをお渡しします。 

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	無
-------------	---	---

上記内容について説明を受け同意いたしました。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.142) 承認月日 (平成28年11月2日)

署名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_