

# 入院診療計画書（小児鼠径ヘルニア（従来法）の手術を受けられる方へ）

患者ID @PATIENTID  
病名（他に考える病名）

患者氏名 @PATIENTNAME

様

症状 @PATIENTWARD

病棟 @PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME

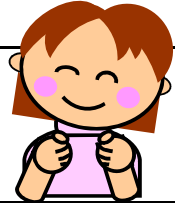



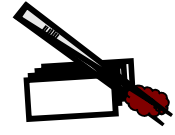






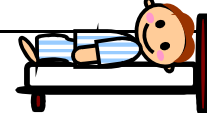



印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者名

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	入院前	入院日	術前	術後	術後1日、退院	
目標	病気について理解できる。 手術の必要性和手術までに気をつけることについて理解できる。 全身麻酔について理解できる。	入院生活について理解できる。 身体的準備ができている。 手術について理解できている。	手術前について理解できる。 食事・水分の指示を守ることができる。  がんばりましょう！ 	手術後について理解できる。 食事を摂ることができる。 痛みを伝えることができる。	日常生活の注意点について理解できる。 発熱や感染がない。  	術後6日、外来受診
検査	手術、麻酔に必要な検査をします。 採血・レントゲン検査、身長・体重・体温の測定をします。					
治療・処置	 				必要時は創部の処置をします。 創部処置：パンフレット参照。  	
観察	*風邪をひいたとき、ヘルニアが出て戻らないときは連絡してください。 平日・外来TEL 024-545-1220 夜間・休日TEL 024-547-1643	入院時、体温・脈拍・血圧を測ります。 夕方に検温をします。	手術前、体温・脈拍・血圧に測ります。 	手術後、体温・脈拍・血圧を測ります。 夕方に検温をします。	朝、体温・脈拍・血圧を測定します。 テープの上から創部の観察をします。	
注射・内服		薬剤師が内服しているお薬の確認を行います。	麻酔科担当医の指示により薬を内服する場合があります。 	点滴は食事が摂取できたら抜きます。		
食事		ミルク、または小児食がです。  	食事：（ ）時（ ）分から ミルク：（ ）時（ ）分から 母乳：（ ）時（ ）分から 水分：（ ）時（ ）分から 摂ることができません。 	帰宅し3時間後より水分摂取できます。 夕食よりミルクまたは小児食がです。	ミルク、または小児食がです。  	制限はありません。
行動		制限はありません。 必要時シャワー浴を行います。 腕に名前を書きます。	（ ）時（ ）分に手術室に向かいます。 オンコール（前の手術終了後）での手術室入室となります。 手術室入室前はベッドの上でお休みください。 	帰宅し3時間後より歩いても大丈夫です。 	次回外来受診まで激しい運動は控えて下さい。 シャワー浴はできますが 次回の外来受診まで入浴は禁止です。 	入浴が出来ます。 
説明	主治医より、 症状・手術の説明があります。 症状説明書をお渡しします。 麻酔科より、 麻酔の説明があります。 看護師より、 入院準備の説明があります。	看護師より、 入院時オリエンテーション、手術の説明があります。また手術に必要な物品をお預かりします。 麻酔科担当医が病室に伺います。 手術室看護師が病室に伺います。		主治医より、手術、術後についての説明があります。	主治医より、退院後についての説明があります。 看護師より、退院後の生活についての説明があります。  おめでとう 	

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 パス承認番号 (No.36-Ver.3) 承認月日 (令和元年12月19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：