

# 入院診療計画書 (経口腔的悪性腫瘍切除術を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様  
症状

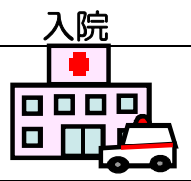

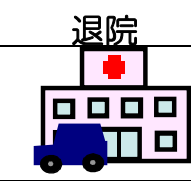
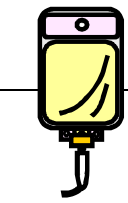



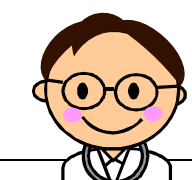
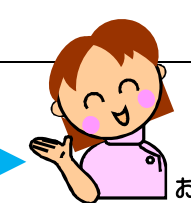
@PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名  
@SYSDATE

| 月日    | /   | /   | /  | /                           | / ~ /   | / ~ /                                |   |
|-------|---|---|--|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 経過    | 入院日   | 手術日 (術前)  | 手術日 (術後)                                     | 術後1日目                       | 術後2日目   | 術後3~5日目                              | 術後6~7日目   |
| 目標    | 手術の必要性が理解出来る<br>不安なく手術が受けられる  |   | 麻酔から覚め全身状態が<br>安定する<br>創部からの出血がない<br>息苦しさがない | 創部からの出血がない<br>息苦しさがない       | 創部からの出血がない<br>息苦しさがない   | 痛みがなく食事ができる<br>創部からの出血がない<br>息苦しさがない | 退院後の生活 (活動、仕事、清潔、食事など) に不安がない   |
| 検査    |  |   |  | 血液検査を行います                   |   |                                      |                            |
| 治療    |   |    | 点滴をします<br>痛み止めを準備していますので痛みがある時はお知らせ下さい       |                             |   |                                      |   |
| 処置    |   |   |  | 内視鏡で創部の状態を確認します<br>胃管を挿入します | 処置室で毎日創部の状態を確認します   | →                                    |   |
| 観察    | 身長・体重をはかります   | 熱、脈拍、血圧を測ります  | 術後、熱、脈拍、血圧を測ります<br>創部からの出血、創部感染の有無を確認します     | →                           |   |                                      |   |
| 注射・内服 | 薬剤師と看護師が持参薬の確認をさせていただきます<br>必要時は一時的に服薬を預らせていただきます                                 |   | 抗生剤の点滴をします                                   | →                           |   |                                      |   |
| 食事    | 夕食までは配膳されます。その後は指示された時間まで食事・飲水が出来ます。詳細は別紙で説明します。                                  |  | 術後は医師の許可が出るまで、水を飲んだり、食事を摂ることはできません           | 胃管より栄養剤がはいります (経管栄養)        | →   |                                      | 今日から食事ができます (お粥から始まります)  |
| 清潔    | シャワーをします  |   |  | 医師の許可があればシャワー浴が出来ます         |          |                                      |   |
| 行動    | 特に制限はありません  |  | 医師の許可があればトイレまで歩けますが、最初は看護師が付き添いますのでお呼び下さい    | 自由に動けます                     | →  お大事に! |                                      |   |
| 説明    | 手術室看護師・麻酔科医から説明があります<br>何かご不明な点やご希望がございましたら遠慮なくお伝え下さい                             |   | 手術後の説明があります                                  |                             |   |                                      | 退院の前に、普段の生活で気をつけることや次回の受診日等について説明があります。また、退院後も痛み止めを必要とされる方は前もってお知らせください。                                      |

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。

福島県立医科大学医学部附属病院 パス承認番号 (No.328-1) 承認月日 (令和3年7月26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: \_\_\_\_\_