

入院診療計画書（予定帝王切開手術を受けられる方へ）

ID番号 @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	手術前日（ / ）	手術当日（ / ）	帰室後	術後1日目（ / ）	術後2日目（ / ）	術後3日目（ / ）	術後4日目（ / ）	術後5日目（ / ）	術後6日目（ / ）
経過	入院です	帝王切開分娩です	母児同室が可能です 授乳が始まります	歩けます					退院のための診察があります 赤ちゃんと一緒に退院可能です
目標	<input type="checkbox"/> 術前・術後の経過が理解出来る			<input type="checkbox"/> 悪露排泄がある <input type="checkbox"/> 早期離床できる	<input type="checkbox"/> 排ガスがある				<input type="checkbox"/> 創部の回復が順調である <input type="checkbox"/> 退院できる
検査	<input type="checkbox"/> 胎児心拍数モニタリング <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胎児心拍数モニタリング	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査				<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 退院診察
治療		手術中	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> ハドマー (足のマッサージ)	<input type="checkbox"/> ハドマー (足のマッサージ)					
処置	<input type="checkbox"/> 左腕に名前・血液型を書きます <input type="checkbox"/> 除毛	<input type="checkbox"/> 尿管をいれます 		<input type="checkbox"/> 術後診察(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 尿管を抜きます ※必要時、尿量を測ってメモして頂きます	<input type="checkbox"/> 朝6時～翌朝6時までの排尿回数・排便回数をお聞きます				<input type="checkbox"/> 創部の処置 <input type="checkbox"/> 退院診察
観察	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧	<input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧 <input type="checkbox"/> 体重測定
注射		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 術後の痛み止めは、点滴又は背中の管から投与します	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 背中からの痛み止めの方は終了後に管を抜きます <input type="checkbox"/> 血栓予防の皮下注射が手術後に4回あります					
内服				<input type="checkbox"/> 内服薬があります					
食事	<input type="checkbox"/> 普通食：夕食まで可 <input type="checkbox"/> ____時以降飲食はできません <input type="checkbox"/> アップルのみ摂取可	<input type="checkbox"/> 飲食はできません <input type="checkbox"/> アップル1本のみ摂取可（朝）	<input type="checkbox"/> 麻酔方法によっては術後3時間で水分摂取ができます	<input type="checkbox"/> 水分摂取 <input type="checkbox"/> 昼：全粥食 <input type="checkbox"/> 夕：全粥食	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食
行動	<input type="checkbox"/> 入浴可能	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングを履きます <input type="checkbox"/> ____時頃に手術室に移ります	<input type="checkbox"/> 母児同室開始 <input type="checkbox"/> 授乳開始 <input type="checkbox"/> うがい、歯磨きができます	<input type="checkbox"/> 清拭 	<input type="checkbox"/> シャワー浴（術後48時間後から）	<input type="checkbox"/> シャワー浴 	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 許可があれば退院できます
説明	<input type="checkbox"/> 看護師より患者様の日常生活についてお尋ねします <input type="checkbox"/> 入院生活・手術の準備について説明します <input type="checkbox"/> 必要な物を看護師が確認します <input type="checkbox"/> 血栓の予防についてマッサージの必要性和足の運動 <input type="checkbox"/> 麻酔科診察 <input type="checkbox"/> 手術室看護師訪問	<input type="checkbox"/> 患者様の準備（眼鏡・コンタクトレンズ・指輪・入れ歯・装飾品ははずして下さい） <input type="checkbox"/> 髪の毛の長い方は束ねて下さい <input type="checkbox"/> 下地クリーム、ファンデーション等は塗らないでください おめでとうございます 	<input type="checkbox"/> 麻酔から醒めたら深呼吸をしましょう	<input type="checkbox"/> 離床の説明	<input type="checkbox"/> 出生証明書の交付 <input type="checkbox"/> 母子手帳の記入 <input type="checkbox"/> シャワー浴について	お産後の保健指導：入院中にお受けください 午前11時～12時頃：ラウンジにて 退院指導（水・土） 家族計画指導（火・金） 沐浴指導（日・木） 午後14時30分～15時頃：ラウンジにて 調乳指導（月・木）			
			<input type="checkbox"/> 医師からの手術の説明 <input type="checkbox"/> 母児の体調に合わせて、授乳や乳頭刺激をします	<input type="checkbox"/> 授乳・母児同室の説明 授乳の仕方、同室について説明をします。 体調に合わせて行いますので無理しないで下さい	<input type="checkbox"/> 体の変化と子宮復古促進について <input type="checkbox"/> 排尿・排便後の消毒について <input type="checkbox"/> 授乳にはガーゼハンカチが必要です 	<input type="checkbox"/> 排便コントロールについて	<input type="checkbox"/> 退院後の母乳栄養について <input type="checkbox"/> 保健指導の受講状況の把握 <input type="checkbox"/> 退院診察、退院後の生活 <input type="checkbox"/> 40日健診について <input type="checkbox"/> 母子手帳の活用について		
			<input type="checkbox"/> 先天性代謝異常検査・聴覚検査申し込みの説明 申し込みは早めに新生児室までお出してください	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんの診察 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのケイツーシロップ内服	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんの聴覚検査	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんの退院診察 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常検査 <input type="checkbox"/> ケイツーシロップ内服			

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 ・ 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： _____