

入院診療計画書(前立腺全摘除術術前精査)

ID番号 @PATIENTID
病名(他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様
症状

@PATIENT 病棟 @PATIENTRO 号室

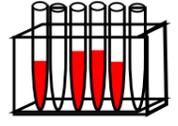
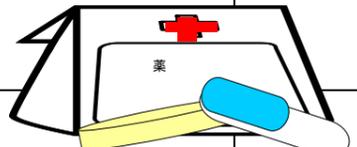
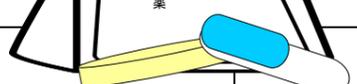
担当医師 @USERNAME 印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者

@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	入院日	入院2日目	入院3日目	入院4日目
目標	検査の目的を理解することができる。	必要な検査を理解し、実施することができる。		手術に関する合併症について理解出来る。
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・レントゲン、12誘導心電図、採血があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・排尿の勢いと、排尿後の残尿測定検査を行います。 ・尿取りパッドを用いて1時間パッドテストを行います。 ・1時間パッドテスト終了後、尿取りパッドを用いて24時間パッドテストを開始します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・排尿の勢いと、排尿後の残尿測定検査を行います。 ・24時間パッドテストを終了します。 	退院 
治療				
処置	腹囲測定、腹部の写真撮影を行います。 			
観察	体温、血圧測定を行います。 身長、体重測定を行います。 	1日1回(10時頃)に体温、血圧測定をします。 		
注射				
内服	薬剤師が持参した薬の内容を確認します。 			
食事	食事が出ます。 			
行動	病院内を歩行することができます。 			 お大事に！
説明	病棟看護師から、 病棟について、手術前のアンケート、排尿日誌のつけ方 について説明があります。 骨盤底筋体操 について指導を行います。	1時間・24時間パッドテストについて看護師から説明があります。 起床時から 排尿日誌 を開始します。 		麻酔科と泌尿器科から手術説明があります。 術前ですが退院後も骨盤底筋体操を練習してください。

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。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No.265) 承認月日 (2017年11月1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：