

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 胃管挿入なし )

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3~4日目   | 術後5~6日目                | 術後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>息苦しさが無い      | 創部からの出血がない<br>息苦しさが無い   | 創部からの出血がない<br>息苦しさが無い<br>食事が開始出来る   | 創部からの出血がない<br>息苦しさが無い<br>食事が出来る   | 自宅退院にむけての注意点を理解<br>できる | 退院後の生活 (活動、仕事、清<br>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<br>みがある時はお知らせ下さい        |  |   |   |                        |   |
| 処置    | 間違えないように、シャワー浴後、<br>左腕にお名前・血液型・手術部位<br>(左右) の記載をします                               |   |   | 内視鏡で創部の状態を確認します   | 処置室で毎日創部の状態を確認し<br>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<br>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<br>させていただきます<br>必要時は一時的に内服薬を預らせて<br>いただきます                        |   | 抗生剤の点滴をします  | 術後の状態が安定しており、食事<br>摂取ができていれば夜分の抗生剤<br>投与後、点滴を抜去します                                  | →   |   |                        | →   |
| 食事    | 夕食までは配膳されます。その後<br>は指示された時間まで食事・飲水<br>が出来ます。詳細は別紙で説明し<br>ます。                      |  | 術後は医師の許可が出るまで、水<br>を飲んだり、食事を摂ることはで<br>きません        | 今日から食事ができます。<br>(5分粥からはじまります)   | →   |   |                        | 全粥食になります →  |
| 清潔    | シャワー浴をします   |   |   | 医師の許可があればシャワー浴が<br>できます   |  |  |                        |   |
| 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<br>けますが、最初は看護師が付き添<br>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<br>があります<br>何かご不明な点やご希望がござい<br>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<br>けることや次回の受診日等につい<br>て説明があります。また、退院後<br>も痛み止めを必要とされる方は前<br>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. 328-2 ) 承認月日 ( 令和4年3月7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: |
|-----|-----|