

# 入院診療計画書（円錐切除術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様 病棟 @PATIENTROOM 号室  
 病名（他に考える病名） 症状

担当医師 @USERNAME 印 担当看護師 担当薬剤師 @SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日
経過	入院 	手術当日	
		手術前	手術後
目標	手術の準備ができる。	〈手術に行くまでの流れ〉 <input type="checkbox"/> 麻酔科医師の指示があれば指示薬を内服します。 <input type="checkbox"/> パンツ以外の下着を脱いで病衣に着替えてください。 <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアを落としてください。 <input type="checkbox"/> 血栓予防のストッキングを着用します。 <input type="checkbox"/> 義歯、コンタクトレンズ、時計、指輪を外してください。	苦痛が最小限になる。  不安なく退院出来る。
検査	必要時、診察・超音波検査・外来での検査があります。	採血があります。 	採血と退院診察があります。
処置	<input type="checkbox"/> 入浴します。 <input type="checkbox"/> 医師が腕に名前を書きます。 <input type="checkbox"/> 手術の準備物品を確認します。	手術室から膀胱留置カテーテルを入れたまま病室に戻ります。血栓予防のため足にマッサージの機械を装着します。	医師の診察（腔内の消毒）後、膀胱留置カテーテルを抜きます。
観察	入院後に検温、検脈、血圧測定を行います。	朝6時頃に検温、検脈、血圧測定を行います。	手術後は随時、検温、検脈、血圧測定と腔からの出血がないかを確認します。  朝6時頃に検温、検脈、血圧測定と腔からの出血がないかを確認します。 
注射	医師から抗生剤使用の説明がありますので問診票を記入してください。記入後は医師か看護師にお渡しください。	必要時点滴をします。	手術室から点滴をしたまま病室に戻ります。手術後は抗生剤の点滴をします。  医師の診察後、点滴を抜きます。 
内服	薬剤師が服用中の薬を確認します。 	絶食中の薬の内服については、医師や薬剤師の指示に従ってください。	中止していた薬がある場合は医師の許可後に再開となります。  朝から抗生剤と胃薬、止血剤の服用を開始します。（1日3回毎食後に4日間服用してください。） 
食事	夕食後から絶食になります。食事にアレルギーなどがあれば相談してください。	食事はとれません。水分は( )時以降はとらないでください。 	帰室6時間後から水分が摂れます。食事再開は医師の許可後からになります。 
行動	活動や入浴に制限はありません。 	看護師と一緒に歩いて手術室に入室します。 	手術室からベッドで病室に戻ります。ベッドの上で動けます。帰室6時間後から病棟内歩行可能になります。 
説明	<input type="checkbox"/> 医師より手術について説明があります。（手術同意書の提出をお願いします。） <input type="checkbox"/> 看護師から手術前後の注意点や必要物品、入院生活についての説明があります。 <input type="checkbox"/> 安心して手術を受けていただくために麻酔科医と手術室看護師が訪室します。	〈ご家族の方へ〉 病棟内でお待ちください。病棟から離れるときは待機場所を看護師にお知らせください。	〈ご家族の方へ〉 手術後医師より手術結果について説明があります。看護師より手術後の処置や安静度について説明があります。
			医師より退院の説明があります。次回の外来予約票と退院証明書が渡されます。

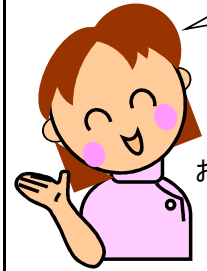
**★退院後の注意点**

- ・入浴は次回外来受診時に確認してください。
- ・外陰部はいつも清潔にしておきましょう。
- ・性生活の開始時期は、外来受診時に主治医に確認してください。
- ・以下の症状が出現した場合、抗生剤の内服を中止してください。
  - ・下痢
  - ・皮膚の赤み、痒み

★以下のようなことがあれば我慢せず、外来または病棟にお電話ください。

- ・生理以上の性器出血がある、出血が止まらない
- ・おりものに悪臭がする、陰部が痒い
- ・お腹の痛みが続く、または強くなる
- ・38度以上の熱が続く
- ・頑固な便秘（お腹が張る・痛む、ガスや便がすっきり出ない）

婦人科外来 : 024-547-1226  
 みらい棟4階東病棟 : 024-547-1629



お大事に！

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。

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：
-----	-----