

入院診療計画書(肝切除術を受ける患者様へ)

ID番号 @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME 様

@PATIENTWARD 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	入院日 (/)	術前日 (/)	手術日(/)		術翌日 (/)	術後2日~3日目 (/)~(/)	術後4~5日目 (/)~(/)	術後6日~7日目 (/)~(/)	術後8日目以降 (/)
			術前	術後					
経過	入院や手術に関して不安があれば、遠慮なく相談してください	検査データを確認しながら、手術へむけて準備を行います。術前準備を行います	()時に手術室へ移動します	術後は病室に帰ります	水分・内服開始になります	食事開始になります	注意点を守りながら、少しずつ、日常生活のリズムを戻していきましょう		退院
目標	手術への準備をします。安心して手術に臨みましょう	術前日の流れ / ()時~絶食 / ()時~絶飲食	朝起きてから手術に行くまでの流れ	痛みがある場合は、我慢せずにスタッフに伝えましょう	痛みがある場合は、我慢せずにスタッフに伝えましょう	ベッドサイドで足踏みをし、廊下を歩行出来るようにしましょう			外来受診について定期受診は必ず行うようにしましょう
検査	手術に必要な検査をします		口麻酔科医師の指示の内服薬があれば服用してください	術後はICUへ入室します	採血・レントゲン写真	採血・レントゲン写真	必要に応じて採血・レントゲン写真	採血・レントゲン写真 必要に応じて透視の検査	
処置	基本的に処置はありません 禁煙してください!!	□おへその周りの毛を剃ります おへそのそじをします □入浴 □腕に名前を書きます(医師) □準備品の確認をします □21時 下剤を内服します(21時以降水分はひかえて下さい)	□排便がなければ浣腸をします □前あきの下着、病院のパジャマに着がえてください □弾性ストッキングをはいてください □化粧やマニキュアを落としてください □歯磨、めがね、時計、ヘアピン、指輪を外してください □貴重品は、ご家族へお渡しください	痛いときは我慢せずに教えてください 点滴 心電図モニター 酸素吸入	酸素はマスクが外れ鼻からの吸入に変わります 心電図モニターが外れます胃の管が抜けます 立ちましょう 	痛み止めの管が抜けます 酸素吸入終了 どんどん歩きましょう 	食事摂取量に応じて、点滴を減らします 術後5日目点滴は終了の予定です 必要に応じて、ポータブルトイレや尿管を用意します	創部の管が抜けます (傷の抜糸はありません) 以下の症状があるときは受診日以外でも来院してください。 ・腹痛がひどい時 ・排便、排ガスがなく、お腹の張りが続いている時 ・嘔吐が続き、吐き気がひどい時 ・黒い便が出た時 ・高熱が出たり微熱が何日も続くような時 わからない点、疑問点がありましたら、何でも医師や看護師にご相談ください	
注射	基本的に、注射はありません	ご不安なときは、ポータブルトイレを用意します							
内服	飲んでるお薬はすべて看護師にお知らせください	普段飲んでる薬は、術前日もいつもどおり飲んでください。							
食事	食事に関するアレルギーなどは、相談してください(希望により、食事変更ができます)例:ご飯→お粥 牛乳→ヨーグルト	術後許可が出るまで、飲んだり食べたりできません			水分開始 むせり、吐きげがないか確認しながら飲んでください	食事開始 食事の量に制限はありませんご自分のペースで食べて下さい		退院前の食事指導が栄養士からあります	□次回受診まで、必要な分のお薬が処方されます
清潔行動	活動、入浴に制限はありません	スーフル呼吸訓練行ってください			シャワーの許可が出るまで体を拭きます	排便を良くしましょう。食物繊維を多く摂り、1日に2~3回のやわらかい便が出るように調整しましょう。食事の調整でも排便のコントロールが難しい場合は、下剤を使用しましょう	ドレーンが抜けたらシャワー可 傷の部分はこすらず、シャワーで流す程度にしてください	入浴のときは...熱いお湯は体の負担になります。長湯にならないようにしましょう	
説明	病棟での日常生活をご案内します 手術の予定を説明します	麻酔科医師と、手術室の看護師の訪問があります	ご家族は、病棟フロアロビーでお待ちください 離れるときは、待機場所をお知らせください					職場復帰、旅行などは医師にご相談ください	□次回予約票が渡されます □リフトをを外します

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ることがあります

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです

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: _____

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無