

入院治療計画書(人工内耳埋め込み術を受けられる方へ)





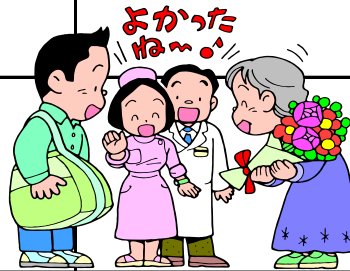




ID: \_\_\_\_\_  
 入院科/病棟: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 担当看護師: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様  
 主治医: \_\_\_\_\_ 印  
 主治医以外の担当者: 薬剤師

生年月日: \_\_\_\_\_  
 担当医: \_\_\_\_\_  
 管理栄養士

病名(症状): \_\_\_\_\_

2016/10/7 作成

| 経過    | 入院(手術前日)                                 | 手術当日 /  |   | 術後1日  | 術後2日  | 術後3日                          | 術後7日~              | 退院日  |
|-------|--|---|---|---|---|-------------------------------|--------------------|--|
| 月日    | /  | 手術当日(術前)  | 手術当日(術後)  | /   | /   | /                             | /                  | /  |
| 達成目標  | 手術の必要性が理解できる<br>不安なく手術を受けられる             |   | 麻酔から醒め全身状態が安定する<br>創部からの出血がない   | 創部からの出血がない<br>めまいや顔の麻痺がない   | 痛みがコントロール<br>されている  |                               |                    | 退院後の生活に<br>不安がない   |
| 治療・処置 |  | 手術<br>手術前から点滴を始めます  | 麻酔が醒めるまで酸素を<br>吸入します<br>点滴(補液、術中・術後の抗菌薬)を<br>行います                                   | 点滴(補液、抗菌薬)を<br>行います<br>耳の処置をします   | 夕の抗菌薬投与後に<br>点滴を抜去します<br>耳の処置をします   | 耳の処置をします                      | 抜糸します              |  |
| 検査    | 必要な検査があれば<br>行います                        |    |  | 血液検査をします<br>側頭骨CTを撮ります<br> |  |                               |                    |  |
| 内服    | 普段の薬は飲んで<br>下さい<br>(薬により中止すること<br>もあります) | 医師から指示のあった薬は飲んで<br>下さい  |   | 鎮痛薬の内服を<br>始めます<br>        |   | 抗菌薬の内服を<br>始めます               |                    |  |
| 食事    | 24時以降は絶食です<br>水分は指示された時間<br>までとってかまいません  | 絶飲食です<br>うがいや歯磨きは可能です   | 術後、医師の許可を得て、水分のみ<br>摂取可能となります   | 常食<br>                   | →   |                               |                    |  |
| 看護    | 体温・脈拍・血圧を測定<br>します<br>入浴できます             |  | 体温・脈拍・血圧を測定します<br>痛みをコントロールします<br>痛みは我慢せずにお知らせ下さい<br>ベッド上で安静にさせていただきます              | 清拭をします<br>院内を自由に動けます<br> |   | 首下のシャワーが<br>できます              | 創部の状態により<br>入浴できます |  |
| リハビリ  |  |   |   |   |   |                               |                    | 退院後に音入れを<br>行います   |
| 説明・指導 | 手術の説明が<br>あります                           |   | 術後の説明があります<br>※ご家族は手術中、病棟で待機<br>していただきます  |   |   | 退院について不安な<br>ことがあればお尋ね<br>下さい |                    |  |

★特別な栄養指導の必要性 ○ 有 ・ 無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、  
 今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。  
 注2 入院期間は現時点で予測されるものです。  
 ご不明な点は遠慮なくスタッフへお尋ねください。

高齢者総合評価の実施  有 :  無

|              |         |                               |                                      |
|--------------|---------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 総合的な<br>機能評価 | 基本的生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
|              | 日常生活動作  | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
|              | 認知機能    | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
|              | 気分・心理状態 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。  
 年 月 日

説明者:  
 説明を受けた人:  
 (代表者)

続柄( )

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院  
 パス承認番号(No.80)承認年月日(2016年10月13日)