






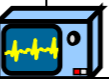







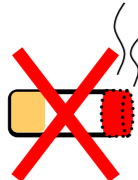
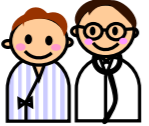
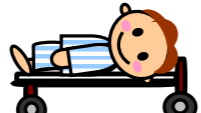
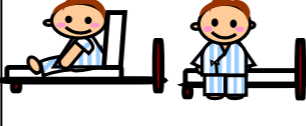
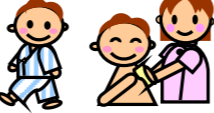





入院診療計画書（肺葉切除術を受けられる方へ）

ID番号: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名（症状）: _____
 入院科/病棟: _____ 主治医: _____ 担当医: _____
 担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

平成28年10月13日

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
経過	入院～手術前日 	手術当日 手術前 手術 帰室時		術後1日	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6～8日	術後9日目	術後10日目頃（退院） 	
目標	・入院生活に対する理解ができる。 ・手術の心構えができる	手術が安全・安楽に受けられる 	・痛みのコントロールができる ・水分が摂取できる	・痛みのコントロールができる ・食事が摂取できる ・坐位、立位ができる	・痛みのコントロールができる ・歩行ができる		シャワー浴ができ、清潔が保てる				退院できる	
検査		がんばりましょう！ 	・レントゲン検査 ・血液検査 				・レントゲン検査 ・血液検査 		術後6日目と8日目 ・レントゲン検査 ・血液検査 			
治療・処置			・尿管、胸の管、背中から痛み止めの管が入っています ・心電図や酸素濃度のモニターをつけます ・酸素、去痰剤の吸入 	・酸素、去痰剤の吸入 ・リハビリを開始します	・去痰剤の吸入 ・酸素を中止します ・尿管を抜きます	胸の管を抜きます	背中からの痛み止めの管を抜きます		術後7日目で吸入は終了です。		 抜糸は退院後の外来で行います	
観察	検温（体温・脈拍・血圧・酸素濃度測定など）があります		検温は2時間ごとです	検温は4時間ごとです	検温は6時、10時、14時、18時、22時です		検温は6時、14時です	検温は14時です				
注射				食事が食べられれば（目安1/3くらい）点滴は本日で終了です								
内服	薬剤師と看護師が内服薬を確認します。寝る前に眠剤を内服します。	担当医より指示された薬のみ内服します		・痛み止めの薬を開始します ・普段飲んでいる薬は、医師の指示があったから内服を開始します							退院に必要な分の薬が処方されます 	
食事	手術前の飲食については担当医から指示が出来ます ／ 時まで食事摂取可能 	／ 時以降飲食はできません 		 朝から食事ができます	食事の制限はありません。ご自分のペースで食事を食べてください。							
生活・行動	 ・必ず禁煙して下さい ・呼吸訓練（スーフル）	 歩行で手術室に行きます。歩行が困難な場合には車いすで移動します。		 ・呼吸訓練再開します ・座位の練習、立位の練習などリハビリを開始します ・体拭きをします	 ・入浴できない間は体拭きをします ・歩行の練習をします		 管がすべて抜ければ、シャワー浴が可能となります				 退院許可が出たら退院です お大事に！	
指導・説明	・看護師から入院生活、手術の準備について説明があります ・医師から病状・治療手術について説明があります ・麻酔科医、手術室看護師が訪問にきます	家族の方は病室、又は家族控室でお待ちください。	手術終了後、手術の結果についてご家族に説明があります	ポイント！  なるべく早期に体を起こしたり、歩いた方が回復が早まります							看護師より、退院後の生活についての説明をします	退院後の外来受診日の予約票をお渡しします。予約日前に下記のような異常があるときはご連絡後早めの受診をお願いします。 ・高熱が続く時 ・傷が赤く腫れたり膿が出る

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。

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。
 年 月 日

ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

高齢者総合評価の実施 有 : 無

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

説明者: _____ 続柄 _____
 説明を受けた人: _____ (代表者)

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター付属病院
 パス承認番号 (No. 81) 承認年月日 (平成28年10月13日)