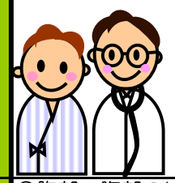
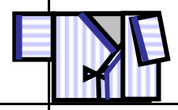
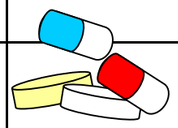
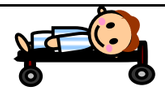
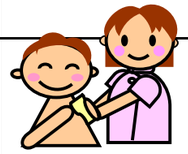
入院治療計画書　　人工肛門閉鎖術

ＩＤ：　　患者氏名：　　様　　生年月日：　　病名：

入院科：　　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

作成日2016年5月26日

月／日	／	／	／	／	／	／	／	／
経過（病日等）	外来・ 入院日～手術前日	手術当日（手術前）	手術当日（手術後）	術後1病日	2病日	3病日	4-6病日	7病日(退院日)
達成目標	①手術・治療について説明をうけ、安心して準備段階を過ごすことができる。 ②わからないことは遠慮せず、医療者に確認することができる。 入院	①術前準備について説明をうけ、安心して手術室へ出棟できる	① 医療者の問いかけ、指示に従うことができる（深呼吸） ② ベット上安静・絶飲食が守れる。 ③ 痛みを訴えることができる。	①早期離床ができる。 ②痛みを訴えることができる ③ 術後偶発症について説明を受け、予防行動がとれる。	①看護師の介助にてトイレ歩行ができる。 ②初回飲食ができる	①少しずつ身の回りのことができるようになる	①食事摂取の仕方と合併症について説明を受け、少量ずつ食事ができ、合併症を予防できる	①退院後の日常生活の注意事項について説明を受け、安心して退院できる 退院
治療・処置		○臍をきれいにします ○必要に応じて除毛を行います がんばりましょう！ 	○朝～ 点滴をはじめます ○看護師が弾性ストッキングをはくお手伝いをします ○手術着に着替えます	○看護師が頻回に伺い、体温や血圧測定などを行います ○酸素マスク・心電図をします ○手術後の点滴をします ○抗生剤の点滴をします ○膀胱留置カテーテルが入ります	○看護師が頻回に伺い、体温や血圧測定などを行います ○酸素マスク・心電図をはずします ○傷口を確認します ○24時間持続にて点滴をします	○傷口を確認します ○膀胱留置カテーテルを抜去します。その後、トイレで排泄ができます。		○傷口を確認します。（お腹の管がある場合は第5病日以降に抜きます） ○食事とともに点滴を減らし、４病日で終了の予定です。	おめでとうございます
検査	○胸部・腹部のレントゲン写真、血液検査、心電図、呼吸機能検査などをします		○採血をします	○採血をします ○胸部・腹部のレントゲン写真をとります		○採血をします		採血をします。
内服		○お薬を飲んでいる方は他院の薬を含めてすべて持参してください ○手術前日に下剤を内服します 						
食事		○残渣の少ない流動食を提供します。病院食以外は食べないで下さい。 ○飲水は自由です	○午前（　　）時まで飲水ができます	○手術後は食べたり飲んだりはできません	○飲水が可能になります	○流動食が開始になります 	○3日目より３分粥、５分粥、全粥、米飯の順に１日おきに　食事が変わります。	
看護		○院内は自由です ○入浴またはシャワーができます ○トイレで排泄ができます		○ベット上で安静です ○寝返りはできます ○痛みがある時、眠れない時は看護師までお声をかけてください。点滴ができます。	○看護師が体を拭くお手伝いをします ○歩行を開始します		○第3病日以降、シャワー浴ができます	
リハビリ				○院内は自由です（1日１回以上は歩行練習を行いましょう）				
説明・指導	○医師より手術について説明があります ○入院の日程について説明があります	○看護師より入院生活について説明があります ○手術室看護師が訪問に伺います ○麻酔科を受診し、麻酔医の説明を受けます ○薬剤師より持参薬・服薬歴の確認を行います	○術前の準備、術後の状態、痛みのケア、安静、トイレ、清拭についてご説明します ○手術前にうがい、歯磨きを済ませておいてください ○ヘアピン、義歯、貴金属類をおとりください ○手術前にトイレを済ませておいてください	○担当医から、ご家族の方へ手術結果の説明があります	○歩行方法・トイレについてご説明します		○食事の摂取方法および合併症の予防についてご説明します	○退院後の生活についてご説明します ○特別な栄養管理の必要性があり、栄養士より退院後の食事についてご説明します ○次回の外来受診日についてご説明します

★　特別な栄養管理の必要性　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　入院期間について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にお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 □ 有 ： □ 無

総合的な機能評価	基本的生活動作	□ 問題なし	□ 要精査または要経過観察
	日常生活動作	□ 問題なし	□ 要精査または要経過観察
	認知機能	□ 問題なし	□ 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	□ 問題なし	□ 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：　　続柄

（代表者）　　（　　）

パス承認番号（No.69）承認年月日（2016年6月9日）

＜管理No.89＞