

胃の手術を受けられる患者様へ（入院治療計画書：胃切除術）

ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 生年月日: \_\_\_\_\_ 病名(症状): \_\_\_\_\_

入院科/病棟: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_ (印) 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

2014/08/13 作成

| 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                                                  | 4-17病日                                                             | 18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すごすことができる。<br>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。 |                                                                                         | 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）<br>② ベット上安静・絶飲食が守れる<br>③ 痛みを訴えることができる。                             | ①早期離床ができる。<br>②痛みを訴えることができる<br>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。                           | ①少量ずつ飲水ができる                                          | ①食事摂取の仕方と合併症について説明を受け、少量ずつ分食ができ、合併症を予防できる<br>②少しずつ身の回りのことができるようになる | 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<br>＊退院の目安は術後約3週間以内です。                           |
| 治療・処置   |                                                                      | ○臍をきれいにします<br>○必要に応じて除毛を行います<br><br>がんばりましょう！<br>                                       | ○朝～ 点滴をはじめます<br>○看護師が弾性ストッキングをはくお手伝いをします<br>○手術着に着替えます<br>                                                              | ○酸素マスク・心電図をします<br>○手術後の点滴をします<br>○抗生剤の点滴をします<br>○膀胱留置カテーテルが入ります<br>                            | ○酸素マスク・心電図をはずします<br>○傷口を確認します<br>○お鼻の管を抜きます<br>○24時間持続にて点滴をします | ○傷口を確認します<br>○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（お腹の管を抜きます）<br>○食事とともに点滴を減らし、6病日で終了の予定です<br>              |                                                                                   |
| 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<br>                                                                                    | ○採血をします<br>○胸部・腹部のレントゲン写真をとります                                 |                                               | ○採血をします<br>○胸部・腹部のレントゲン写真があります<br>○レントゲン室にて透視の検査をします | ○採血、胸部・腹部レントゲン写真があります（検査前日にお知らせします）                                | おめでとうございます<br>                                                                    |
| 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<br>○10時に下剤を飲みます                                          |                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                |                                               |                                                      |                                                                    |                                                                                   |
| 食事      |                                                                      | ○夕食（濃厚流動食）までとれます<br>○飲水は自由です                                                            | ○午前（ ）時まで飲水ができます<br>                                                                                                    | ○手術後は食べたり飲んだりはできません<br>                                                                        | ○氷片・ごく少量の水分はとれます。<br>                                          |                                               | ○飲水が可能になります<br>○流動食が開始になります                          | ○4病日目より食事が開始となります。重湯、3分、5分、7分、全粥の順に1日おきに食事形態があがります。<br>            |                                                                                   |
| 看護      |                                                                      | ○院内は自由です<br>○入浴またはシャワーができます<br>○トイレで排泄ができます                                             |                                                                                                                         | ○看護師が頻回に伺い、体温や血圧測定などを行います<br>○ベット上で安静です<br>○寝返りはできます<br>○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<br>○歩行を開始します                                 |                                               |                                                      | ○第6病日以降、シャワー浴ができます<br>                                             |                                                                                   |
| 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   | ○外科医師より、入院の日程、手術について説明があります<br>○麻酔科を受診し、麻酔医の説明を受けます                  | ○医師より手術について説明があります<br>○看護師より入院生活について説明があります<br>○手術室看護師が訪問に伺います<br>○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<br>○手術前にうがい、歯磨きを済ませておいてください<br>○ヘアピン、義歯、貴金属類をおとりください<br>○手術前にトイレを済ませておいてください<br> | ○担当医から、ご家族の方へ手術結果の説明があります<br>                                                                  | ○歩行方法・トイレについてご説明します                                            |                                               | ○飲水の方法についてご説明します                                     | ○食事の摂取方法および合併症（ダンピング症状）の予防についてご説明します<br>                           | ○退院後の生活についてご説明します<br>○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<br>○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

高齢者総合評価の実施 □ 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。

|         |                               |                          |             |
|---------|-------------------------------|--------------------------|-------------|
| 基本的生動作  | <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  
( )