

入院診療計画書（小児鼠径ヘルニアの手術を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様

症状 鼠径部の腫れ、鼠径部の痛み

@PATIENTWARD

病棟 @PATIENTROOM

号室










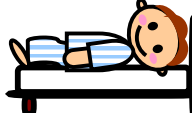

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

月日	外来	月日	月日	月日	月日	月日	
経過		入院	術前	術後	術後1日、退院	術後6日、外来受診	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 病気について理解できる。 手術治療の必要性と手術まで気をつけることについて理解できる。 全身麻酔について理解できる。 	・入院中の日程について理解できる。 	手術前に行くことを理解できる。 ・食事・水分制限 ・手術前の薬について ・手術室への入室時間と方法 がんばりましょう！ 	行われた手術と術後について理解できる。 術後に行くことを理解できる。 ・水分と食事の開始について ・点滴について ・だっこや歩行について	退院手続き、再来について理解できる。 	運動や入浴の開始について理解できる。	
検査	手術、麻酔に必要な検査をします。 ・採血（入約時） ・レントゲン（入院時） ・身長・体重・体温（入院時）						
治療・処置	 		□（ ）時（ ）分に手術室 に入室します。 □オンコール（前の手術終了後）		必要時は創部の処置をします。	テープをはがして創の処置をします。 	
観察	＊風邪をひいたとき、ヘルニアが出て戻らないときは連絡して下さい。 平日・外来Tel 024-545-1220 夜間・休日Tel 024-547-1643	入院時、検温をします。 夕方と20時に検温をします。 	手術前に検温をします。	手術後、検温をします。 夕方と20時に検温をします。	朝、検温をします。 テープの上から創部の観察をします（腫れ、出血） 出血がみられず、発熱(38.5℃以上)がなければ退院できます。	テープをはがして創の観察をします。	
注射・内服			麻酔科担当医の指示により薬を内服してもらう場合があります。	点滴は帰室し完全に覚醒されたら3時間後に抜きます。			
食事		ミルク、または小児食がです。  	・（ ）時（ ）分より食事はできません。 ・（ ）時（ ）分より水分もとれません。  	帰室し3時間後より水分摂取できます。 夕食よりミルクまたは小児食がです。	ミルク、または小児食がです。  	制限はありません。	
行動		制限はありません。	ベッドの上でお休みください。 	帰室し3時間後より歩いても大丈夫です。 	次回外来受診まで激しい運動、入浴は禁止です。	入浴が出来ます。 	
説明	主治医より ・症状、手術、術後の説明があります。 ・症状説明書をお渡しします。 ・手術承諾書を書いてください。 麻酔科より ・麻酔の説明があります。 ・麻酔承諾書を書いてください。 外来看護師より ・入院準備の説明があります。	病棟看護師より ・入院中の日課についての説明があります。 ・病棟案内、面会時間などの確認をします。 ・麻酔科担当医が病室に伺います。 ・手術室看護師が病室に伺います。		主治医より ・手術、術後についての説明があります。 ・水分、食事についての説明があります。		おめでとうございます 	

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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.36-Ver.2) 承認月日 (平成18年1月10日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

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：