

入院診療計画書(腹腔鏡手術を受けられる患者さまへ)

ID @PATIENTID  
病名(他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@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	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日~月 日	
経過	入院 	手術当日	手術後1日目	手術後2日目	手術後3~4日目 退院 	
目標	手術への準備が できている	手術前	手術後	手術後1日目	手術後2日目	手術後3~4日目 日常生活が自立できる
検査	診察、超音波検査があります。 	手術前	手術後	手術後1日目	手術後2日目	手術後3~4日目
処置	禁煙してください □おへそのそじをします。 □入浴します。 □医師が腕に名前を書きます。 □手術準備品の確認をします。 □夕食後に下剤を内服します。 □20時頃に浣腸します。 	手術前 ＜手術にいくまでの流れ＞ □朝6時頃に浣腸をします。 □麻酔科医師の指示の内服があれば服用します。 □パンツ以外の下着を脱いで病衣に着替えてください。 □化粧やマニキュアを落としてください。 □血栓予防のストッキングを着用します。 □歯磨き、眼鏡、時計、ヘアピン、指輪を外してください。 □髪の毛の長い方はヘアゴムで束ねましょう。 □貴重品を家族の方に渡してください。	手術後 手術後採血があります。 手術室から膀胱留置カテーテルを入れたまま戻ります。 翌日まで酸素吸入を行います。 血栓予防のためのマッサージ機を装着します。 	手術後1日目 採血があります。 □朝、酸素吸入を終了します。 □医師が創部の確認をします。 □歩けるようになるまでは、血栓予防のマッサージ機を続けます。 	手術後2日目 □膀胱留置カテーテルを抜去します。 	手術後3~4日目 □手術後4日目に朝採血、尿検査があります。 □退院前の診察があります。 □医師が創部の確認をします。 □必要時、超音波での検査を行います。 問題がなければシャワー浴が開始になります。 
観察	入院後、検温、検脈、血圧測定を行います。	朝6時頃に検温、検脈、血圧測定を行います。	手術後は随時、検温、検脈、血圧測定と創、膈からの出血がないか確認します。			
注射		必要時、午前中に点滴をします。	手術室から点滴をしま病室へ戻ります。手術後、抗生剤の点滴をします。	□点滴は翌日の朝まで続きます。状態によっては夜で点滴が終了となることもあります。朝と夜に抗生剤の点滴があります。	□点滴は本日で終了になります。	
内服	普段内服している薬はいつも通り内服してください。 薬剤師と看護師が内服薬を確認します。 ※内服しているお薬は、入院時に看護師に提出してください。 	医師の許可があるまで薬は中止になります。 		水分開始後、痛み止めの内服が始まります。持参薬がある方は、医師の許可後内服開始になります。		□必要時、薬が処方されます。
食事	夕食まで食事がとれます。アルジネードウォーターを飲みます。(手術の時間によって飲む時間が決まっていますのでお知らせします。)食事にアレルギーなどあれば、相談してください。 	水分は( )時以降とれません。 	手術後は病室へ戻ります。戻ったらベット上で動けます。 ※創が痛い時や気分が悪い時は、教えてください。お薬を使います。	医師の指示により水分、食事が開始になります。むせり、吐き気がないか確認しながらのんでください。 	初めて歩行するときは、看護師が付き添います。術後早期に歩いた方が、回復もはやくなりますよ!! 	職場復帰、旅行などは医師に相談して下さい。 
行動	活動、入浴に制限はありません。 	手術室へ移動します。 		午前中に体を拭いて、着替えをします。 立ちましょう シャワーの許可がでるまで体を拭きます。 どんどん歩きましょう。 		
説明	病棟での日常生活についてご案内します。医師より手術について説明があります。(手術承諾書の提出をお願いします。)看護師により手術の準備についての説明があります。麻酔科、手術室看護師が訪室します。	＜ご家族の方へ＞病棟内でお待ちください。離れるときは、待機場所を看護師にお知らせください。	手術後、医師より家族の方に説明があります。 	体を拭きますね。 		医師より退院の説明があります。看護師より退院後の生活について説明があります。□退院時には予約票・退院証明書・退院処方が渡されます。□退院時にはリストバンドを外します。

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.183) 承認月日(平成28年11月2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:
-----	-----