

入院診療計画書（肺葉切除術ファストパスを受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

氏名 @PATIENTNAME

様

症状

@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 | 月 日 | 月 日 | |
|-------|--|---|---|---|---|-----------------|---|----------------|---|
| 経過 | 入院～手術前日  | 手術当日 手術前 手術中 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6～7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!  | ・血液検査 ・レントゲン  | → | → | | ・血液検査 ・レントゲン  | → | ・血液検査 ・レントゲン  |
| 治療・処置 | 手術前日の入浴後、腕に名前と血液型を書きます。 | | ・尿の管、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付けます ・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 ・尿の管、胸の管を抜きます | | 背中痛み止めの管を抜きます | 本日で去痰剤の吸入は終了です |  抜糸は退院後の外来で行います |
| 観察 | 14時に検温（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、18時です | 検温は6時、14時です | 検温は14時です | |
| 注射 | |  | → | → | → | → | → | → | |
| 内服 | 薬剤師と看護師が内服薬を確認します | 麻酔科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、医師の指示があってから内服を開始します |  | | | | 退院時、必要な薬が処方されます  |
| 食事 | 手術前の飲食については麻酔科医から指示がです ／（ : ）まで食事摂取可能 ※術前補水食（アルブートナー）の許可がある方は医師の指示通りに飲んでください |  |  |  | 食事は制限はありません。ご自分のペースで食事を食べてください。ご希望により食事内容の変更（お粥・麺類など）に変更できます。 | | | | |
| 生活・行動 |  |  |  |  |  | |  | → |  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 | 家族の方は病室でお待ちください。もしくは、ご家族の待機場所をお知らせください | 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（パンフレット：肺切除術を受けられた患者さまへ） 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 ・傷が赤く |

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。

| |
|-------------|
| 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: