

入院診療計画書(食道癌手術を受ける患者様へ)

ID番号

病名(他に考える病名)

担当医師

氏名

様

症状

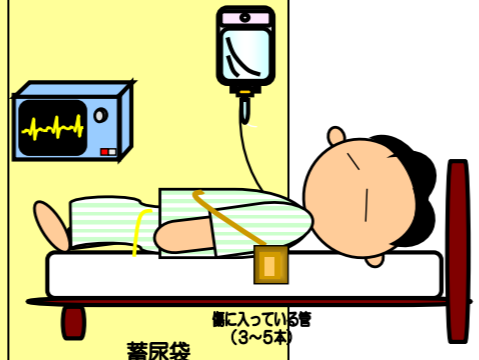


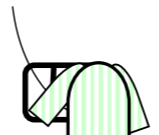

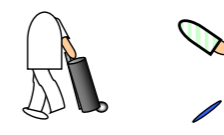
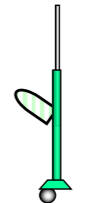
病棟

号室

印

担当看護師

担当薬剤師

月日	入院日 (/)	術前日 (/)	手術日(/)		術翌日	術後2日~6日目	術後7~14日目	術後14日~20日目	退院日 (/)		
			術前								
経過	入院や手術に関して不安があれば、遠慮なく相談してください	検査データを確認しながら、手術へむけて準備を行います。	()時に手術室へ移動します		ICUから一般病棟へ移ります				退院		
目標	手術への準備ができています。安心して手術に臨むことができます。		手術室入室までの流れ		痛みが強いときや、呼吸が苦しいときは、スタッフに知らせるようにしましょう	少しずつ、行動範囲を広げましょう ※リハビリの欄をご覧ください	経腸栄養の注ぎ足し、内服薬の注入ができるようにしましょう	ほとんどの日常生活が自立できる			
検査	手術に必要な検査をします	<input type="checkbox"/> 腹部に毛の処理 <input type="checkbox"/> おへその掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 12時 下剤を服用 <input type="checkbox"/> 医師が肩に名前を記入 <input type="checkbox"/> 準備物品の確認 <input type="checkbox"/> 21時 下剤の服用 ※水分は手術日の朝まで摂取可能です。	<input type="checkbox"/> 排便がなければ、浣腸をします <input type="checkbox"/> 前あきの下着、病院のパジャマに着替えて下さい <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングをはいて下さい。(弾性ストッキングは看護師が用意します) <input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアを落として下さい <input type="checkbox"/> 義歯・眼鏡・時計・ヘアピン・指輪などを外して下さい <input type="checkbox"/> 髪の長い方は、ゴムで2つに結んで下さい <input type="checkbox"/> 点滴をして手術室へ向かいます		必要に応じて 採血・レントゲン写真					術後1週間目以降に、食道透視の検査があります	
処置	基本的に処置はありません		 蓄尿袋 胃に入っている管(3~5本)		痛み止めの管が抜けます →痛いときは、他のお薬を使用しますので遠慮無く相談して下さい 酸素吸入は、マスクが外れ鼻からの吸入に変わります。 痰をやわらかくする吸入を行います 心電図モニターが終了します 腸ろうから経腸栄養が開始されます 腸ろうから入る栄養の量に応じて点滴の本数が減ります		創に入っているドレーンが抜けます 経腸栄養の注ぎ足し、内服薬の注入方法に関しては、パンフレットをご覧ください				
注射	基本的に注射はありません						尿の管が抜けます 胃の管が抜けます		<input type="checkbox"/> 次回受診まで、必要な分のお薬が処方されます		
内服	飲んでいるお薬は、全て看護師にお知らせ下さい。		術後許可が出るまで、飲んだり食べたりできません					医師の許可があれば、水を飲むことができます 食事が開始される場合は、パンフレットに沿って説明を行います	職場復帰や旅行などは、医師に相談して下さい。		
食事	入院日の食事に制限はありません。 食事に関するアレルギーなどがあれば相談してください。(希望により、食事変更ができます)例)ご飯→お粥 牛乳→ヨーグルト										
清潔行動	活動、入浴に制限はありません				シャワー許可が出るまで、清潔に関するお手伝いをします						
リハビリ											
説明	病棟での日常生活をご案内します。手術の予定を説明します。	麻酔科医師の問診があります。手術室とICU看護師の説明があります。	ご家族の方へ病棟のあるロビーでお待ち下さい。離れる場合は、待機場所をお知らせ下さい。				初めて歩行する時は、看護師が付き添います。術後早期に歩き始めた方が、回復も早くなります。	<input type="checkbox"/> 栄養指導を行います	<input type="checkbox"/> 次回予約票を渡します <input type="checkbox"/> 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。

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:

福島県立医科大学医学部附属病院 バス承認番号 (No.204-1、204-2) 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