

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

氏名 @PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD 病棟

@PATIENTROOM 号室

病名（他に考える病名）

症状

担当医師 @USERNAME

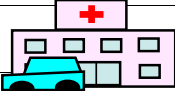
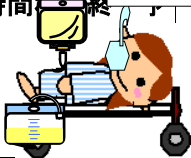
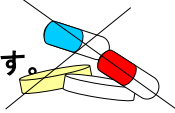
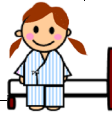
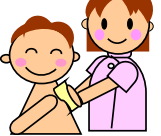
印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@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 苦痛を医療者に訴えることが できる	手術後1日目 早期離床ができる。	手術後2日目 離床が進み、尿管抜去 ができる	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。	手術後採血があります。		採血があります。 		□手術後4日目の朝に採血があります □退院前の診察があります
処置	 禁煙を続けてください □おへそのそうじをします。 □入浴します。 □医師が夕方頃手術の術 式を最終確認し、腹部にマー キングをします。 □手術準備品の確認をしま す。 □夕食後に下剤を内服しま す。 	<手術にいくまでの流れ > □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。 □義歯、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。	手術後採血があります。 □手術室で膀胱留置カ テーテルを入れたまま戻り ます。 □手術から帰ってきて4時 間程まで酸素吸入を行いま す。 □血栓予防のためのマッサ ージ機を足に装着します。 □酸素は4時間間隔で終 定です。 	□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 機を継続します 	□歩行が可能になった ら膀胱留置カテーテル を抜去します。 	□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	入院後に検温、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、膣からの出血がな いか確認します。			
注射	 がんばりましょ う！	必要時は午前中に点滴をしま す。	手術室から点滴をしたまま病室 へ戻ります。 手術後、抗生剤の点滴をします。	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。 (状態によっては点滴が継続にな る場合もあります。)	
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。 ※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。 		水分開始後から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に内服開始となりま す。		必要時、薬が処方されます。
食事	□夕食後から絶食になります。 □夕にアクアファンが出ます。 □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	 食事はとれません。 水分は()時以降とれません。 		医師の指示により水分、食事が開始になります。 開始後はむせりや吐き気がないか 確認しながら摂取してください。 		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！！  
行動	活動、入浴に 制限はありません。 	手術室へ移動します 	手術後は病室へ戻ります。帰室 後はベッド上で動くことが可能で す。 ※傷が痛い時や気分が悪い時 は我慢せずに看護師に教えてく ださい。お薬を使います。	午前中に着替えと清拭をします。 立ちましょ 	シャワーの許可ができるまでは タオルで体を拭きます。 どんどん歩きましょう。	
説明	□医師より手術について説明 があります。(手術同意書の 提出をお願いします。) □看護師から手術や入院生活 についての説明があります。 □麻酔科医師、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。 病棟から離れるときは待機場 所を看護師にお知らせくださ い	<ご家族の方へ> 手術後医師より手術結果につ いて説明があります。 看護師より手術後の処置や 安静度について説明がありま 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。 退院時には次回外来予約票・退院証明書が渡されま 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。

注3）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

特別な栄養管理の必要性

有 ・ 無

署名： 続柄：

上 記 内 容 に つ い て 説 明 を 受 け 同 意 い た し ま し た 。

不安なことがあれば
病棟や外来にお電話くださ
い。

■婦人科外来
024-547-1226

■みらい棟4階東病棟
024-547-1629



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26年2月3日)