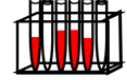
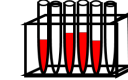
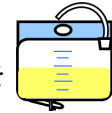
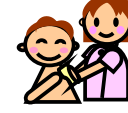


入院診療計画書（腰椎内視鏡の手術を受けられる方へ）

ID番号 @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 | 手術決定から入院まで                                                                                              | 手術前日                                                                                              | 手術当日（前）                                                                                                      | 手術当日（後）                                                                                           | 術後1日（ / ）                                                                                                                | 術後2日（ / ）                                                                                                       | 術後3～5日（ / ）                                                                                          | 術後6日                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 経過 |                                                                                                         | 入院<br>           | 手術室に入室します<br>             | 術後は病室に帰ってきます                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                                                      | 退院<br>  |
| 目標 |                                                                                                         | 準備が整い、手術が受けられる状態である                                                                               |                                                                                                              |                                                                                                   | 立つ、歩行することができる<br>                     | 歩行距離をのばしていきましょう<br>          |                                                                                                      | 痛みがなく、通常の生活に近づいたら退院可能です。                                                                   |
| 検査 | 全身麻酔の検査をします                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                              | 帰室後採血があります<br> | 採血があります<br>                           |                                                                                                                 | 3・5日目に採血があります<br> |                                                                                            |
| 治療 |                                                                                                         |                                                                                                   |                                                                                                              | 酸素吸入をします<br>創の管・尿の管が入ってきます                                                                        | トイレにいけるようになったら尿の管を抜きます<br>            |                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                            |
| 処置 |                                                                                                         | リストバンドをつけます<br>腕に血液型と名前を書きます                                                                      | 血栓予防の弾性ストッキングを着用します                                                                                          |                                                                                                   |                                                                                                                          | 創の管を抜きます。<br>翌日抜去部を確認します<br> | 歩けるようになったら、弾性ストッキングは外せます<br>5日目ごろ、創部の観察をします                                                          |                                                                                            |
| 観察 |                                                                                                         | 体温・脈拍・血圧を測定します                                                                                    |                                                                                                              | 術後1・3・6時間後、以降翌朝までは4時間毎で血圧を測ります                                                                    |  体温・脈拍・血圧を測定します                     |                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                            |
| 注射 |                                                                                                         |                                                                                                   | 点滴を行います<br>             | 抗生剤・痛み止めを投与します                                                                                    | 痛みのある時は我慢せず、お知<br> 食事が安定したら点滴を終了します |                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                            |
| 内服 | いつも内服している薬を確認します<br> | いつも内服している薬を見せて下さい。<br>薬剤師、看護師がお薬の確認をします                                                           |  医師から指示のあった薬のみ、少量の水で内服します |                                                                                                   |  くすりの内服を始めます                        |                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                            |
| 食事 |                                                                                                         | 医師の指示の時間から絶飲食になります<br>時間はわかり次第お知らせします                                                             | 絶飲食です（うがいや歯磨きは可能です）<br> | 術後は許可があるまで食べたり飲んだりできません                                                                           |  朝から食事ができます                         |                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                            |
| 行動 |                                                                                                         |                                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                                   |  体拭きを行います                           |                                                                                                                 |  シャワーが可能になります   |                                                                                            |
| 説明 | 手術の準備品の説明をします<br>普段の生活状況について伺います                                                                        | 手術の説明があります<br> |                                                                                                              | 術後の説明があります                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                 | 退院の説明があります                                                                                           |  お大事に |

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

福島県立医科大学附属病院    パス承認番号（ N0.126 ）    承認年月（ 平成20年5月9日 ）  
更新年月（ 令和7年7月29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：