

入院診療計画書（ ロボット支援腎部分切除術を受ける患者様へ ）

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

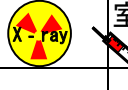
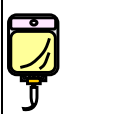
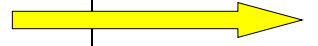
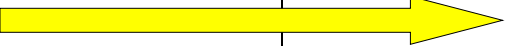
印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者

@SYSDATE

| 月日 | 手術前日（ / ）                                                                                                                                   | 手術当日（ / ）                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      | 術後1日目（ / ）                                                                                                      | 術後2日目（ / ）                                                                                                      | 術後3日目（ / ）                                                | 術後4～6日目（ / ）～（ / ）                                                                                           | 術後7日目（ / ）                                                                                                 | 術後8日目（ / ）                                                                                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 経過 | 入院                                                                                                                                          | 術前                                                                                                                                                                                               | 術後                                                                                                                                   |                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                           |                                                                                                              |                                                                                                            | 退院                                                                                                  |
| 目標 | 手術に向けての準備ができる。                                             | コンディションのいい状態で手術を受けることができる。                                                                                      |                                                                                                                                      | ベッドの上で起き上がることができる。                                                                                              | 病室内を歩くことができる。                                                                                                   | 病棟内を歩くことができる。                                             | 病院内を歩くことができる。                                                                                                | 退院に向けての準備ができる。                                                                                             | 自宅療養の留意点が理解できる。  |
| 検査 | 採血を行います。レントゲン検査があります。                                      |                                                                                                                                                                                                  | 術後病室に戻ってから、採血をします。                                 | 朝、採血をします。病室でレントゲン検査があります。    | 朝、採血をします。車いすでレントゲン検査室へ行きます。  |                                                           | 術後6日目の朝、採血があります。                                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 処置 | 臍処置をします。主治医が、手術部位にマーキングします。                                                                                                                 | 朝までに排便がなければ坐薬を使用します。血栓予防のためのストッキングを履きます。（ストッキングは看護師が準備します。）                                                                                                                                      | 心電図モニターを付け、酸素を投与します。手術中にお傷の近くに管が入ってきます。血栓予防のため足に機械をつけます。                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                           | 創の状態で、傷の近くの管が抜けます。                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 点滴 |                                                                                                                                             | 朝一番の手術の場合は手術室で、午後から手術の場合は、午前中に病棟で点滴を行います。                                                                       |                                                                                                                                      | 点滴が続きます。                     |                                                                                                                 | 食事がとれるようになれば、点滴終了します。                                     |                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 内服 | 薬剤師が薬の内容を確認します。継続していてもいいか医師に確認後お伝えします。夕食後に下剤を内服します。       | 朝の薬については、麻酔科医師の指示に従って内服していただきます。                                                                               |                                                                                                                                      | 医師の許可が出たら、普段内服している薬を再開します。  |                                                                                                                 |                                                           |                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 食事 | 夕食までは、通常通りに食事ができます。その後指示により絶飲食となります。詳しい時間は説明します。         | 朝から絶食です。絶水は手術開始時間で異なります。   |                                                                                                                                      | 医師の許可が出たら、水分開始になります。       | 朝から食事開始になります。本日はお粥が出ます。    | 本日から常食になります。                                              |                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 清潔 | 入浴していただきます。                                              |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      | 体拭きを行います。                  |                                                                                                                 |                                                           | 傷の近くの管が抜ければシャワー浴ができます。  |                       |                                                                                                     |
| 排泄 |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  | 手術中におしっこの管が入ります。                                 |                                                                                                                 |                            | トイレまで歩けそうならおしっこの管が抜けます。尿量を計って紙に記載します。トイレ歩行が困難な時には尿器やポータブル | 尿量確認のため、退院まで尿量を計って紙に記載します。                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 行動 | 行動の制限はありません。                                                                                                                                | 看護師、医師と共に歩いて手術室に入室します。歩くのがつらい場合は、車椅子などで入室します。                                                                                                                                                    | 手術後はベッド上安静です。寝返りしたときは、看護師が手伝います。                                                                                                     | 痛みが落ち着いていれば病棟内を歩くことができます。最初は看護師と歩きましょう。                                                                         |                                                                                                                 |                                                           | 病院内を自由に歩くことができます。       |                                                                                                            |                                                                                                     |
| 説明 | 看護師が、手術の必要物品の確認と、手術前後の予定について説明します。麻酔科医師と、手術室看護師が訪問に来ます。  |                                                                                                                                                                                                  | 手術終了後、家族の方へ医師より説明がありますので、病室または8階のフロア内でお待ちください。  | 尿量の記載方法を説明します。             |                                                                                                                 |                                                           | 退院後の生活の注意点について説明します。                                                                                         | 看護師が、次回の予約について説明します。  |                                                                                                     |

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。

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

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号(No. 366 ) 承認月日（ 令和6年3月12日 ）

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：