

患者ID @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様

病名：腫瘍

症状：

@SYSDAT2

入院病日経過	手術前日 ( / )	手術当日 手術前 ( / ) 手術後	手術後1日目 ( / )	手術後2日目 ( / )	退院療養計画書
目標	【患者目標】1.疼痛増強時早期に対処され、緩和したことを表現する。 2.異常が早期に発見され対処される。3.危険を回避し安全な日常生活を過ごすことができる。				退院日(予定) 月 日
食事		 手術前禁食	麻酔覚醒後お腹の動きを確認してから飲食開始します。		退院後の治療計画 ・旭川赤十字病院形成外科外来にて抜糸を行います。
活動		手術室に移動するまでにお手洗いを済ませて下さい。  臨時手術等により入室時刻が変更になることがあります。	その手術に応じて術後の注意点を説明いたします。  傷口を圧迫しないで下さい。		退院後の療養上の留意点 ・傷口を圧迫しないで下さい。 
清潔	手術前シャワー浴、爪切り 			シャワー許可が出るまで、身体をお拭きします。 	保険医療サービス又は福祉サービス ・特にありません。
点滴内服		手術室から点滴をしたまま部屋へ戻ってきます。手術翌日の午前中で終了します。	痛みが強いときは、鎮痛剤をお渡ししますので、看護師にお知らせ下さい。 		
処置			創内の血液を出す管が入ってくる場合があります。出血量に応じて1～3日で抜去します。	医師の回診があります。	
指導・説明	看護師から手術について説明があります。全身麻酔の場合、麻酔科医師の診察があります。		手術後に眠れないようであれば、ご相談下さい。	医師から説明があります。 	その他
備考	特別な栄養管理の必要性 <input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	手術室に行く時には、入れ歯・指輪などのアクセサリ-眼鏡は全てはずしていただきます。  長い髪はまとめて下さい。		40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。  	
患者さまへ	痛みがあったり何かご不自由に感じる時は遠慮なく看護師へお伝えください。  				

\* 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 @USERNAME

主治医以外の担当者

看護師

薬剤師

栄養士

旭川赤十字病院

7階みなみ入院フロア

本人署名

代理人署名

(患者との続柄: )

※患者の署名がある場合には家族などの署名は不要