

氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

入院病日・経過	1日目 入院日、手術前日	2日目 手術当日		3日目 手術翌日、退院予定
	月 日	術 前	術 後	月 日
治療 処置		<input type="checkbox"/> 9時過ぎ浣腸 (時間に看護師がご連絡致します) <input type="checkbox"/> 手術前の注射をする場合があります		<input type="checkbox"/> 腔内のガーゼを抜去します <input type="checkbox"/> 診察(内診)があります 
薬 点滴 痛み止め			<input type="checkbox"/> 手術が終わり、点滴が終了しましたら 針を抜きます <input type="checkbox"/> 痛みや熱がある時などに座薬・注射 等を使用します	
栄養	<input type="checkbox"/> 常食 ※お粥などに内容を変更することができます <input type="checkbox"/> 2時以降、絶食になります	<input type="checkbox"/> 手術前は絶食です 	<input type="checkbox"/> 術後麻酔が覚めれば食事することができます 	<input type="checkbox"/> 常食 
行動範囲	<input type="checkbox"/> 制限なし 		<input type="checkbox"/> 手術後、看護師と1回目の歩行をしま 以降歩行は状態に合わせて自由です 	<input type="checkbox"/> 制限なし 
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可 	<input type="checkbox"/> 午前中に入浴して頂きます 		<input type="checkbox"/> シャワー浴をすることができます (入浴は不可) 
説明	<input type="checkbox"/> 病棟をご案内します ※経過、症状を伺います <input type="checkbox"/> 手術に関する説明をします <input type="checkbox"/> 夕方麻酔医が伺います <input type="checkbox"/> 医師により手術についてご家族を含めて説明があります(承諾書へサインして頂きます)	 		<input type="checkbox"/> 退院後の生活について説明が あります <input type="checkbox"/> ※次回外来予約票をお渡し致します 
目標	<input type="checkbox"/> 手術前～不安な点をお聞きし、安心して手術が受けられるよう努めます <input type="checkbox"/> 手術後～身体の状態が安定し、痛みが最小限で経過できるよう適時処置致します			<input type="checkbox"/> 退院後の生活のイメージがつかめる
備考	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 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。		

注) 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 _____

術後の経過は個人差があります。
ご不明な点は医師、看護師にお尋ね下さい。

主治医以外の担当者 _____

看護師 _____

薬剤師 _____

栄養士 _____

