

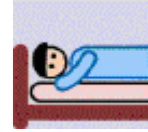









鼓膜チューブ留置を受けられる患者様へ（入院診療計画書）

氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

| 入院病日・経過 (月日) | 入院、手術当日・退院日 | |
|-----------------|---|--|
| | 手術前 | 手術後 |
| 成果目標 | ☆痛みが最小限で過ごすことができる。 ☆発熱なく経過し、問題なく退院できる。 | |
| 食 事 | ☆食べたり飲んだりできません。  | ☆麻酔が完全に覚めるまでは食べたり飲んだりできません。  |
| 活 動 | ☆トイレ・診察以外はお部屋にるようにしましょう。 | ☆麻酔が完全に覚めるまではベッド上安静です。  |
| 清 潔 | ☆入浴・洗髪はできません。 | |
| 排 泄 | ☆自由です  | ☆麻酔が完全に覚めるまではベッド上で行います。 |
| 点滴・注射 | ☆麻酔をかかりやすくするための薬を使うことがあります。  | ☆手術後、点滴をすることがあります。  |
| 内 服 薬 | ☆内服中の薬を確認します。 | ☆抗生剤の内服薬が処方されます。  |
| 処 置 | | ☆麻酔覚醒後、処置室で診察し、その後退院となります。  |
| 指導・説明 | ☆主治医・看護師から手術の説明があります。 ☆麻酔科医から説明があります。(外来で行った場合はありません) 特別な栄養管理の必要性 有・無 | ☆看護師から退院後の生活について説明があります。  |
| 備 考 | ☆手術までに手術同意書を看護師に渡してください。  | |

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 _____

主治医以外の担当者 _____

看護師 _____

薬剤師 _____

栄養士 _____