

氏名 _____ 様 病名 _____

症状 _____

年 月 日

	手術前日	手術当日	術後1日	術後2日	3日	4日	5日	6日 退院日
(月日)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
処置		<input type="checkbox"/> 9時過ぎ 浣腸 * 時間に看護師が連絡致します。 <input type="checkbox"/> 手術前の注射（飲み薬の場合もあり） 手術後 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 尿を出すための管が入ってきます。	<input type="checkbox"/> 尿管を抜きます。					<input type="checkbox"/> 抜糸または抜鉤 <input type="checkbox"/> 診察（内診）  <input type="checkbox"/> 退院予定
薬・点滴	<input type="checkbox"/> 服薬指導（薬剤師）入院中指導に伺います。 	<input type="checkbox"/> 点滴が夜間を通じて翌日まで入ります。  ※手術中に抗生剤点滴を使用します。	<input type="checkbox"/> 夕方頃手術後の点滴が終了します。 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 坐薬・注射（痛みによって使用）	<input type="checkbox"/> 点滴があります。				<input type="checkbox"/> 退院時服薬指導（薬剤師） 
痛み止め								
検査			<input type="checkbox"/> 採血・採尿 		<input type="checkbox"/> 状況により採血があります			
栄養	<input type="checkbox"/> 常食 * 朝パンやお粥など変更できます。 <input type="checkbox"/> 夜9時以降食べられません。	<input type="checkbox"/> 食べたり、飲んだりできません。  	<input type="checkbox"/> 手術食 * 柔らかい食事からです。 				常食 	
行動範囲	<input type="checkbox"/> 制限なし（院内） 	<input type="checkbox"/> 手術約1時間前に尿を済ませ、搬送台に乗ります。 <input type="checkbox"/> 手術後ベット上翌日まで安静 * 麻酔が覚めるまで2時間毎体の向きを変えます。麻酔が覚めたら、自分で向きを変えてもよいです。	<input type="checkbox"/> 尿管を抜いてから、看護師と1回目の歩行をします。以降歩行は、状態にあわせて自由です。 	<input type="checkbox"/> 病棟内自由	<input type="checkbox"/> 自由（院内） 			
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 	<input type="checkbox"/> 午前中に入浴して頂きます	<input type="checkbox"/> 看護師が身体を拭きます。	 シャワー				
看護婦の説明	<input type="checkbox"/> 病棟案内・経過、病状を伺います。 ・入院の生活を説明します。 ・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"/> 医師より手術について御家族を含め説明します。 					<input type="checkbox"/> 退院指導 	
看護婦と患者さんの目標	<input type="checkbox"/> 手術や入院に関する不安な点をお聞きし安心して手術が受けられるように努めます。小さな事でもかまいませんのでお尋ね下さい。 <input type="checkbox"/> 眠れない場合は看護師にお申し出下さい。	<input type="checkbox"/> 麻酔が覚め、血圧など身体の状態が安定し、痛みが最小限で経過できる様、看護師が伺い、適時処置致します。痛みは、我慢せずお申し出下さい。 	<input type="checkbox"/> 夕方までにガスが出るのが大切です。 * 身体を動かす事により、腸も動き、癒着予防になります。頑張って歩きましょう尿がスムーズに出るまで時間がかかります。		<input type="checkbox"/> 夕方までに排便がみられる様下剤等で調整します。 		<input type="checkbox"/> 退院後の生活に関する不安等お聞きください。 	
備考	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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 _____ 印 _____

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 看護師 _____
 薬剤師 _____
 栄養士 _____