

子宮・卵巣の手術を受けられる患者様へ《腹腔鏡》（入院診療計画書）

婦-1. 11-1

氏名 _____ 様 病名 _____

症状 _____

年 _____ 月 _____ 日

入院病日経過 (月 日)	1日目 手術前日 月 日	2日目 手術当日 月 日	3日目 術後1日 月 日	4日目 術後2日 月 日	5日目 術後3日 月 日	6日目 術後4日 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 (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"/> 尿の管を抜きま す。			<input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 創部確認  
薬・点滴 痛み止め		<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 滴使用します。 	<input type="checkbox"/> お昼頃手術後の 点滴が終了しま す。 <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。		
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 * 軟らかい食事か 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"/> 手術後ベッド上 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"/> 尿の管を抜いて 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。	<input type="checkbox"/> シャワー -----> (入浴不可)		
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"/> 医師より手術に ついてご家族を 含め説明します。  <input type="checkbox"/> 夕方麻酔医が 伺います。				<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"/> 手術前夜は、 十分睡眠をと りましょう。 眠れない場合 は看護師に申 し出して下さい。 	<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 がでることが大 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 便がなければ 下剤等で調整 します。  <input type="checkbox"/> 退院後の生活 について不安 等お聞き下さ い。 	
備考	<input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性 (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 _____

旭川赤十字病院 3階きた 入院フロア