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	入院、手術当日・退院日	
	手術前	手術後
（　月　日）	／	
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い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		☆手術後、点滴をすることがあります。
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	

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きた　）　入院フロア