

膣式子宮全摘術を受けられる患者さまへ（入院診療計画書）

婦-9.13-1

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"/> 診察 (内診) <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます。			<input type="checkbox"/> 診察 (内診) <input type="checkbox"/> 退院
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"/> 昼より常食開始。 			
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"/> 診察があります。 	<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。 <input type="checkbox"/> 入院の生活を説明します。 <input type="checkbox"/> 手術に関する説明をします。 <input type="checkbox"/> 医師に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て下さい。 <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"/> 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 _____