

子宮脱の手術を受けられる患者様へ《腔式子宮全摘・腔壁形成術》（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)	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	6~7日目 術後4~5日 月 日	8日目 術後6日 月 日	9日目 術後7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 が入ってます	<input type="checkbox"/> 医師の指示が出ている間は尿の管が入ってます <input type="checkbox"/> 管を抜いた後は残尿の量を調べます				<input type="checkbox"/> 退院診察(内診) 	<input type="checkbox"/> 退院予定 
薬・点滴 痛み止め	<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 500ccが6本 夜間通じて、翌日 まで入ります。 ※手術中に抗生剤点 滴100cc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"/> 内服薬 -----> <input type="checkbox"/> 坐薬・注射(痛み によって使用)	<input type="checkbox"/> 点滴500cc 2本				<input type="checkbox"/> 退院時 服薬指導 (薬剤師)
検査	残った尿の測定をします。							
栄養	<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"/> 常食 -----> *常食がでます。 					
行動範囲		<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"/> 看護師と1回めの 歩行をします。 以降は歩行に合 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 ----->				
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"/> 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"/> 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! 	<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