

子宮頸部円錐切除術を受けられる患者様へ（入院診療計画書）

氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

入院病日・経過 (月日)	手術決定日～手術前日 月 日	1日目 入院、手術当日 月 日		2日目 手術後1日目、退院予定 月 日
		術前	術後	
治療 処置		<input type="checkbox"/> 手術前に注射がある場合もあります。		<input type="checkbox"/> 腔内のガーゼを抜去します  <input type="checkbox"/> 診察(内診)があります 
薬 点滴 痛み止め			<input type="checkbox"/> 手術が終わり、点滴が終了しましたら針を抜きます  <input type="checkbox"/> 痛みや熱がある時などに、坐薬・注射等を使用します	
栄養	<input type="checkbox"/> 手術前日21時以降禁食	<input type="checkbox"/> 手術前は絶飲食です。 	<input type="checkbox"/> 術後麻酔が覚めれば食事することができます。  	<input type="checkbox"/> 常食 
行動範囲	<input type="checkbox"/> 制限なし 		<input type="checkbox"/> 手術後、看護師と1回目の歩行をします。以降歩行は状態に合わせて自由です 	<input type="checkbox"/> 制限なし
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可 			<input type="checkbox"/> シャワー浴をすることができます(入浴は不可) 
説明		<input type="checkbox"/> 病棟をご案内します ※経過、症状を伺います  <input type="checkbox"/> 手術に関する説明をします		<input type="checkbox"/> 退院後の生活について説明があります ※次回外来予約票をお渡し致します 
	<input type="checkbox"/> 手術前に麻酔医の診察があります。	<input type="checkbox"/> 医師により手術についてご家族を含めて説明があります(承諾書へサインして頂きます)		
目標	<input type="checkbox"/> 手術前～不安な点をお聞きし、安心して手術を受けられるよう努めます <input type="checkbox"/> 手術後～身体の状態が安定し、痛みが最小限で経過できるよう適時処置致します			 <input type="checkbox"/> 退院後の生活のイメージがつかめる
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

術後の経過は個人差があります。

ご不明な点は医師、看護師にお尋ね下さい。

主治医以外の担当者 看護師 _____

薬剤師 _____

栄養士 _____

