

氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

入院病日・経過 (月 日)	入院当日～手術前日	手術当日		手術後1日目	2日目～3日目 退院日
		前	後		
達成目標	☆不安・疑問を言うことができ、落ち着いて手術に行ける。	☆痛みを最小限で過ごすことができる。 ☆感染がなく、出血が持続しない。			
食事	☆普通の食事です。 ☆麻酔科医師より指示が出ましたらお知らせいたします。 ☆ 時以降食べられません	☆食べたり飲んだりできません。 ☆ 時以降水分はとらないでください。 	☆夕食にお粥が出ます。 ☆酸素をしている間は、飲食できません。	☆昼から常食が出ます。 ☆普通の食事が食べられます。	
安静度	☆院内自由です。 	☆トイレ・診察以外は、お部屋に居るようにしましょう。	☆酸素をしている間は、ベット上安静です。	☆自由です。 	
清潔	☆手術前日は入浴・洗髪してください。	☆入浴・洗髪できません。		☆診察後よりシャワー・洗髪してよいです。	☆退院後より入浴して良いです。 
排泄	☆自由です。	☆酸素をしている間はベット上で行います。	☆自由です。		
点滴・注射 内服	 		☆化膿止めや出血予防の点滴をします。 	☆化膿止めの内服が始まります。 	
処置	☆回診室で毎日(午前中)診察します。 				
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。 特別な栄養管理の必要性 有・無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 	☆手術後綿球が汚れてきたら適宜交換してください。 ☆主治医の指示があるまで鼻をかまないでください。 ☆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。		☆看護師から退院後の生活について説明があります。 ☆術後1週間はできれば綿球もしくはマスクをしてください。 	
備考	☆手術する前までに、手術同意書を看護師に渡してください。				

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