

氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

入院病日・経過 (月 日)	入院当日～手術当日		手術当日		手術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目 退院日	
	前	後	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。		☆痛みが最小限で過ごすことができる。								
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。	☆酸素をしている間は飲食できません	☆お粥がでます。 ☆やわらかいお菓子は食べられます。		☆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	☆病棟内自由です 	☆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。	☆汗を拭き取る程度です。	☆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			☆化膿止めや出血予防の点滴をします。 	☆化膿止めの点滴を朝・夕します 	☆24時間点滴をします。						
処置	☆回診室で毎日(午前中)診察をします。 	☆手術後よりのど吸入を1日3回(AM・PM・就寝前)にします。 * AM～10:00、PM～15:00、就寝前～20:00位 ☆手術後より2日目まで出血・のどの腫れ予防のためアイスノンベルトをします。									
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)	☆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 _____