
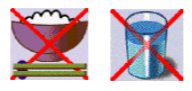
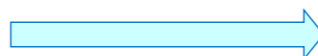



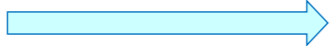


















氏名 _____ 様

病名 _____ 症状 _____

年 月 日

入院病日経過 (月 日)	入院当日 (手術前日)	手術当日 (前)	手術当日 (後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3～7日目	手術後8日目～ 術後14日目転科・退院	退院療養計画書
								退院日 (予定) 月 日
成果目標	①37.5度以上の発熱がない ②不安がなく、手術の準備ができる		①血圧・脈拍・呼吸・体温が安定している ②傷から出血がない ③痛み、吐き気、頭痛がない、または薬で自制できる		①傷が赤くない、腫れない ②食事を半分以上食べることができる ③酸素なしで歩いて苦しくない			退院後の治療計画
食事	常食/特別食  絶飲食の指示は麻酔科の指示になります。	絶飲食です  		医師の指示で 飲水、食事が開始 になります。	常食 特別食(食事制 限がある方)			・旭川赤十字病院呼吸器 外科外来にて通院治療を 行います ・その他
活動	自由にお過ごし下さい 			ベッド上安静です 	座る練習を します 	歩く練習をします トイレ・洗面に いく事ができます	病棟内・院内を自由に歩けます。 (胸の管が入っている間は、病棟内のみです)	
清潔	入浴又はシャワー浴が できます 	洗髪・入浴・爪切りを行って 下さい(手術前日)		髪の毛の長い人は2つに分 け、三つ編みをして下さい 男性はひげを剃りを済ませ て下さい	タオルで体を ふきます 	管が入っていてもおえばシャワーに入ることができます 		退院後の療養上の留意点
点滴・注射			必要時、背中から痛み止 めの点滴を24時間持続 注入します		点滴は術後1日目ま で行います	麻酔の管を術後3日目まで に抜きます 		・薬を内服している方は、 処方通り内服して下さい
内服薬	服用中のお薬を看護師に 渡して下さい 医師の指示により中止 になる薬があります					必要時内服で 痛み止めが開始 になります	退院前に薬剤師からの 服薬指導が あります 	・その他
検査	必要時 レントゲン 心電図 採血 採尿をとります    		レントゲン 採血  		術後1～4日目まで毎日、レントゲン検査があります。 術後1日目と4日目に採血検査があります。		必要に応じて胸部の CT検査があります 	保健医療サービス又は 福祉サービス
処置	リストバンドをつけます 毎日 午前中 回診が あります	手術室まで徒歩、または 寝台で移動します。		酸素マスクがつかます 心電図モニターがつかます 必要に応じて吸入をします(1日3回)/4日間 胸の管・尿管が入ります		状態に応じて酸素マスクをはずします 傷にあたっているガーゼをはずします 状態に応じて尿管を抜きます胸の管を抜く7日目に、抜糸をします		<input type="checkbox"/> 特にありません <input type="checkbox"/> その他
指導	禁煙をしましょう  特別な栄養管理の必要性 有・無	入れ歯・アクセサリーなど 身につけている物は全て 外して下さい 貴重品は家族の方に保管してもらって下さい ☆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。						
説明	看護師から手術の説明が あります 必要物品 *全てローソンにありま す。T字帯(1枚)オムツ (1枚)を前日までに用意 して下さい	麻酔科医師の診察があり ます 主治医より家族も含めて 手術の説明があります 承諾書(輸血同意書)に署 名後、看護師に渡して下さい	家族の方はラウンジか 病室でお待ち下さい 	手術後医師より家族の方 に説明があります 夜間家族の付き添いは 原則としてお断り致しま す。 				その他
観察	血圧・脈拍・体温測定をします		頻回に観察します		血圧、脈拍、体温測定をします  			

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 _____

主治医以外の担当者 看護師: _____

旭川赤十字病院 6階みなみ 入院フロア

主治医署名 _____

薬剤師: _____

栄養士: _____

※主治医の押印がある場合は不要