

氏名 _____ 様

病名：腫瘍 _____

年 月 日

日時	月 日		月 日
経過	手術前	手術後	手術後1日目以降(退院予定)
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術の必要性が理解できる。 痛みが強いとき看護師に伝えることができる。 医師の指示や安静度を守り、安全に入院生活を送ることができる。 		退院基準 <ul style="list-style-type: none"> 手術した部位の異常がない。 退院後の留意点分かる。 痛みが和らいでいる。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 手術の時間によっては食事の時間をずらしていただくことがあります。 		
安静活動	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子、又は歩いて手術室へ行きます。手術室へ行く前にトイレをすませて下さい。 臨時手術室等により手術時刻が変更になることがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術部位を圧迫したり、こすったりしないで下さい。 	
清潔			<ul style="list-style-type: none"> シャワーと入浴は医師の許可が出てからとなります。 
お薬	<ul style="list-style-type: none"> お昼から抗生剤の内服が始まります。 	<ul style="list-style-type: none"> 痛みが強いときは、スタッフに申し出て下さい。痛み止めを使用できます。 	
処置		<ul style="list-style-type: none"> 手術部位内に血がたまらないように管を入れて来ることがあります。止血したら1日～2日で抜去します。 医師の回診があります。 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> 手術室に向かう時は、入れ歯・指輪・カツラ・時計・コンタクトレンズ等全てはずしていただきます。 髪の毛の長い方は束ねてもらいます。ヘアゴムを持参して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術部位によって、術後の安静度など注意点を説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察後、退院となります。 
備考	<ul style="list-style-type: none"> 特別な栄養管理の必要性 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> ☆病状によっては、特別な栄養管理をする場合があります。 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。 		

退 院 療 養 計 画 書
退 院 日 (予 定)
月 日
退院後の治療計画
<ul style="list-style-type: none"> 形成外科外来にて抜糸を行います。
退院後の療養上の留意点
<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示に従って、手術部位の処置を行って下さい。 手術した部位は圧迫したり、強くこすらないで下さい。
保険医療サービス又は福祉サービス
<ul style="list-style-type: none"> 特にありません。
その他

* 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 _____