

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							
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。		〈退院基準〉 創部からの出血がない。					
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。	☆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。	☆酸素をしてい る間はベット上 で行います。	☆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								
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 _____