

|                   |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                     |                                                                  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 患者ID              |                                                                                                                                                                                   | 氏名                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        | 様                                                                                                   |                                                                  |
| 病名                |                                                                                                                                                                                   | 症状                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        | 年 月 日                                                                                               |                                                                  |
| 入院病日経過<br>( 月 日 ) | 入院当日                                                                                                                                                                              | 形成術前～形成術後                                                                                                                                                                                               | 形成術後1日目                                                                                | 形成術後2日目～退院日                                                                                         | 退 院 療 養 計 画 書<br>退 院 日 ( 予 定 )<br>月 日                            |
| 成果目標              | 術前は検査について理解し準備できる。                                                                                                                                                                | 術後は安静を守ることができ、出血することなく退院できる。                                                                                                                                                                            |                                                                                        |                                                                                                     | 退院後の治療計画                                                         |
| 食 事               | 常食、特別食                                                                                           |  注意 昼食は医師の指示があります。<br>夕食はおにぎり食です。  | 常食  |                                                                                                     | ・旭川赤十字病院心臓血管外科<br>外来にて通院治療を行います<br>・その他                          |
| 活 動               | 制限はありません                                                                                         | 安静度は医師の指示があります。<br>穿刺部が止血されたら歩行できる場合もあります。                                                                                                                                                              | 制限は医師の指示で決まります。                                                                        |                                                                                                     |                                                                  |
| 清 潔               | シャワー浴して下さい                                                                                                                                                                        | 入浴できません。                                                                                                                                                                                                |                                                                                        | 退院後にシャワー浴ができます。  | 退院後の療養上の留意点                                                      |
| 点 滴               |                                                                                                                                                                                   | 点滴を治療時から数時間します。                                                                                                      |                                                                                        |                                                                                                     | ・薬を内服している方は、処方通り内服してください<br>・その他                                 |
| 内 服 薬             | ・入院前に飲んでいた常用薬やインスリンを看護師に渡して下さい。<br>・医師の指示により、中止となる薬があります。<br>・禁食に伴いインスリンや血糖の薬が止めになることがあります。  |                                                                                                                                                                                                         | 入院前と同じ常用薬を飲みます。                                                                        |                                                                                                     | 保健医療サービス又は福祉サービス                                                 |
| 処 置               |                                                                                                                                                                                   | ・医師の指示で尿管を入れます。入歯、時計、アクセサリ等を外します。<br>・穿刺部周囲を除毛し足の甲に印をつけます。<br>・上半身は寝衣を着て、下半身は長寝巻を上からはおります。テープ式オムツをつけます。<br>・ベッドで検査室に行きます。                                                                               | 朝尿管を抜きます。<br>穿刺部のガーゼをサビオに交換します。                                                        |                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 特にありません<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 指導・説明             | 看護師からPTAの説明があります。<br>主治医より手術の説明が外来か当日にあります。<br>承諾書に署名後看護師に渡して下さい。<br>特別な栄養管理の必要性 (有) ・ 無       | PTA後、医師より説明があります。                                                                                                  |                                                                                        | 予約票と内服薬の処方があればお渡しします。                                                                               | その他                                                              |
| 観 察               | 血圧・検温・検肢・足の観察をします。                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |   |                |                                                                  |

注) 状況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: