

ステントグラフト挿入術を受けられる患者様へ(入退院診療計画書)

患者ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様  
病名 \_\_\_\_\_

| 入院病日経過<br>(月 日) | 入院当日<br>(手術2日前)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 手術前日                                                                                                                                                                       | 手術当日(手術前)                                                                                                                  | 手術当日(手術後)                                                                                                                     | 手術後1日目                                                                                         | 手術後2日目 | 術後3日目                                                                                                                                   | 術後4日目～退院日                                                                                                 | 退院療養計画書                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                 | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                                                                                                                                                                          | /                                                                                                                          | /                                                                                                                             | /                                                                                              | /      | /                                                                                                                                       | /                                                                                                         | 退院日(予定)                                                          |
| 成果目標            | 手術前は十分睡眠をとり、体調を整えましょう。<br>手術後は痛みなど、辛い症状がある時はすぐ知らせましょう。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           | 月 日                                                              |
| 食 事             | 絶食時間を守ってください。<br>治療食<br>                                                                                                                                                                                                                                       | 絶食時間を守ってください。<br>絶飲時間を守ってください。<br>絶食です<br> 飲水は医師の指示になります。<br>(手術後)                        | 治療食<br>                                 |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           | 退院後の治療計画                                                         |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           | ・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             | 自由におすごください。<br>                                                                                                                                                                                                                                                | 手術までなるべく自室にいてください。                                                                                                                                                         | ICU入室して<br>ベッド上安静です。<br>                  | 一般病棟に移ります。<br>リハビリにあわせて<br>行動拡大。<br>       |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                  |
| 清 潔             | シャワー浴または入浴をしてください。<br>洗髪・爪切りを行ってください。<br><br>(手術前日)                                                                                                                                                                                                            | 髪の毛の長い人は2つに分け、<br>3つ編みをしてください。<br>男性はひげ剃りを済ませて<br>ください。                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         | 抜糸後シャワー浴<br>ができます。<br> |                                                                  |
| 点滴・注射           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            | 24時間の点滴をします。<br>抗生剤の点滴をします。<br><br>(1日2回) |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           | 退院後の療養上の留意点                                                      |
| 内服薬             | 入院前に飲んでいた常用薬を看護師にお渡しください。<br>医師の指示により、中止となる薬があります。<br>手術前日の就寝前に下剤を内服します。                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            | 痛み止めが処方になります。<br>痛い時は看護師にお知らせ<br>ください。<br> |                                                                                                |        |                                                                                                                                         | 退院前に薬剤師<br>からの服薬指導<br>があります。                                                                              | ・薬を内服している方は、処方通り<br>内服してください<br>・その他                             |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                  |
| 検査・診察           | 必要時レントゲン、心電図、採血など行います。<br>口腔外科の診察があります。<br>リハビリが始まります。<br><br>                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |  採血検査があります。 |        | 造影CT検査が<br>あります<br>                                  | 保健医療サービス又は<br>福祉サービス                                                                                      |                                                                  |
| 処 置             | 毎日午前中、回診があります。<br>リストバンドをつけます。<br>寝る前に下剤を内服します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 病院の寝衣を着て、排尿を済ませ、歩行、またはストレッチャーで手術室へ行きます。                                                                                                                                    | 酸素マスクがつけます。<br>心電図モニターがつけます。<br>尿管が留置されます。<br>吸入をします(1日3回)/5日間                                                             | 状態に応じて尿管を抜き<br>ます。                                                                                                            |                                                                                                |        |                                                                                                                                         | 術後7日目に抜糸をします。<br>抜糸前に退院となった場合は外来で行います。                                                                    | <input type="checkbox"/> 特にありません<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 指導・説明           | 主治医よりご家族も含めて、手術の説明があります。<br>看護師から手術の説明があります。<br>必要物品(前日までに用意して下さい)<br>* 全てローソンにあります。<br>T字帯(1枚)、オムツ(1枚)<br>前日、麻酔科医師の診察があります。<br>(ご家族に同伴して頂く場合があります。)<br>承諾書に署名後、看護師にお渡しください。<br><br>特別な栄養管理の必要性 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 | 入れ歯、アクセサリー等、身につけている物は全てはずして下さい。<br>貴重品は家族の方に保管してもらってください。<br>ご家族の方はラウンジか病室でお待ちください。<br> | 手術後、医師よりご家族の方に説明があります。<br>夜間、家族の付き添いは原則としてご遠慮頂きます。                                                                         |                                                                                                                               |                                                                                                |        | 内服薬と予約票をお渡しします。<br>薬は一包化(薬を1袋にまとめる)にすることができます。<br> |                                                                                                           |                                                                  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         | 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。                                                               |                                                                  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                |        |                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                                                  |
| 観 察             | 血 圧 ・ 検 温 ・ 検 脈 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: \_\_\_\_\_ 旭川赤十字病院 6階みなみ入院フロア  
薬剤師: \_\_\_\_\_  
栄養士: \_\_\_\_\_