

氏名 \_\_\_\_\_ 様 病名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

入院病日経過	手術当日 ( / )		手術後1日目~2日目 ( / )	手術後3日目~7日目 (退院予定)	退院療養計画書	
	手術前	手術後			退院日(予定)	月 日
目標	【患者目標】1. 疼痛増強時早期に対処され、緩和したことを表現する。2. 異常が早期に発見され対処される。3. 危険を回避し安全な日常生活を過ごすことができる。					
食事		 手術前時間によっては食事が制限されることがあります。			退院後の治療計画 ・医師の指示まで鼻ギプスを装着してください。	
活動	手術室に移動します。それまでに排尿を済ませて下さい。臨時手術等により入室時刻が変更になることがあります。				退院後の療養上の留意点 ・鼻を強くおさないでください。	
清潔			首から下のシャワー浴が可能です。 	洗顔・洗髪が可能です。 		
内服		痛みが強いときは、鎮痛剤をお渡ししますので、スタッフにお知らせ下さい。 			保険医療サービス又は福祉サービス ・特にありません。	
処置		鼻腔内にガーゼが入ってきます。鼻ギプスをしてきます。		鼻の中のガーゼを抜く予定です。(7日前後) ※骨折の程度によって前後します。	その他	
指導・説明		鼻の綿球が汚れたら交換して下さい。許可があるまで鼻はかまないように気をつけて下さい。		ガーゼを抜く前に退院する場合もあります。鼻ギプスの着脱について説明します。		
備考	特別な栄養管理の必要性 (有・無)	車いすに乗る時は、入れ歯、指輪等のアクセサリ、眼鏡ははずして下さい。長い髪は、まとめて下さい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・鼻の綿球が不足したらスタッフにお知らせ下さい。</li> </ul> 			
患者さまへ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 痛みは我慢しないで、看護師へお伝え下さい。</li> <li>* 何かご不自由に感じる事などは、ご遠慮なく看護師へ言って下さい。</li> </ul>				 	

\* 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 \_\_\_\_\_