

結紮切除術を受けられる患者様へ（4泊5日）（入院診療・退院療養計画書）

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

病名：外痔核・肛門ポリープ

症状： \_\_\_\_\_

月日	入院日から手術前日まで		手術日( / )		術後1日目～退院日まで		退院療養計画書
	～ /		手術直前	手術直後	/ ～		退院日
目標	①手術や入院に関してご不明な点は、ご遠慮なく看護師へお尋ねください。 ②風邪などひかないようご注意ください。			①痛みは我慢しないで看護師にお伝えください。 ②「何かへんだな？」と感じたときは、看護師へお知らせください。			/
食事	特に制限はありませんが、糖尿病や心臓病、高血圧などで食事制限されている場合は看護師へお知らせください。	食事や飲水に関しては、麻酔科の指示に従って下さい。	4時間後、飲水可(水、お茶)となりますが、看護師に確認して下さい。	4時間後、飲水可(水、お茶)となりますが、看護師に確認して下さい。	大きな出血がなければ昼から食事ができます。食べ物に特に制限はありません。		退院後の治療計画
活動	特に制限はありません。 	手術のための準備があります。なるべく病室に居てください。	4時間は安静となります。 4時間後、まず看護師が付き添って歩く練習をします。自信がついたら少しずつ歩いていきましょう。	4時間は安静となります。 4時間後、まず看護師が付き添って歩く練習をします。自信がついたら少しずつ歩いていきましょう。	特に制限はありません。		次回外来受診日 月 日 時 分
清潔	特に制限はありません。 9時から17時まで入浴可能です。	手術前にシャワー浴をしてもらうことがあります。	手術直後は看護師がうがいや体の清拭・更衣などのお手伝いをいたします。	手術直後は看護師がうがいや体の清拭・更衣などのお手伝いをいたします。	シャワー、入浴ができます。		退院後の療養上の留意点
排泄	特に制限はありません。 	手術室に行く1時間前にはトイレを済ませておいてください。			特に制限などはありませんが、排便時には力まないようにしましょう。		・便通を整えるために食物繊維や水分を摂りましょう。 ・便意があったらトイレに行くのを我慢しないようにしましょう。 ・トイレに長居せず、力むのは3分以内、無理に出しきろうとしないようにしましょう。 ・適度な運動をしましょう。 ・温水洗浄式便座を使用し、おしりを清潔にしましょう。 ・普段と違った気になる症状(痛み、出血、38℃以上の発熱)があるときには、受診して下さい。
点滴・注射		便を出すための座薬をします。	手術後は点滴が入ってきます。	手術後は点滴が入ってきます。	食事が摂れていれば点滴は終了となります。		退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス
内服薬	入院後、常用薬や持参したお薬は看護師へお渡してください。		夜より手術前に服用していた薬が再開になります。	夜より手術前に服用していた薬が再開になります。			
検査	レントゲン、心電図、採血、呼吸機能検査、尿の検査などは入院までに外来で行います。						
診察・治療	主治医の診察があります。 麻酔科医の診察があります。			※血圧や呼吸、麻酔の覚め具合などを観察するために、看護師が何度もそばに行って容態を観察させていただきますのでご協力ください。	回診時、軟膏を肛門に注入します。 手術後3日目の回診後、退院許可が出来ます。		その他
説明・指導	医師、看護師から手術の説明があります。 入院時の説明があります。(オリエンテーション) 手術に際し禁煙をしてください。 (当院は全面禁煙となっております。) 患者認証ベルトをします。 手術の必要物品を確認します。	手術に行くときは、指輪・入れ歯・時計・かつらなどは外してください。 事前に看護師が確認を致します。			・重いものを持つことは控えましょう。 ・排便困難な場合は医師・看護師に知らせてください。	①薬剤師よりお薬に関する服薬指導があります。 ②概算は前日に行いますので、退院当日は1階⑤入退院受付でお支払いをお願い致します。(請求書はそちらでお受け取りください) 退院前日に事務員が概算用紙をお渡します。 *結紮切除術は入院費約22万円かかりますが、「限度額適用認定証」等を取得することで、退院時の支払いが減額されます。 ③ご不明な事は、ご遠慮なく看護師へご相談下さい。	
書類	手術や麻酔の説明を聞いた後で承諾書にサインをお願いします。 入院診療計画書の説明を医師・看護師それぞれより致します。					*退院おめでとうございます。次回は外来予約票の日時に予約票をお持ちになって外科外来を受診して下さい。	

状態により予定が変わる事があります。

主治医 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

主治医以外の担当者 \_\_\_\_\_

看護師：  
薬剤師：  
栄養士：

旭川赤十字病院 5階きた 入院フロア

主治医署名 \_\_\_\_\_  
※主治医の押印がある場合は不要