

口腔外科外来で抜歯をされる患者様へ(入院診療計画書)

口外-1. 10-1

| 氏名                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 様 | 病名   | 症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|
|                                                                                             | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 月 | 日    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |      |
|                                                                                             | 入院当日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 月 | 日( ) | 2日目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 月 | 日( ) | 3日目                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月 | 日( ) |
|                                                                                             | 口腔外科外来で抜歯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      | 回診で診察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |      | 退院                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |      |
| 注射<br>     | ・点滴・注射はありません(医師の指示で点滴する場合があります)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |      |
| 食事<br>     | ・昼食は普通にとってください。<br>・抜歯後は血が止まったら、あるいは2時間位経ったら食事できます。<br>血が止まらない時は、看護師に相談してください。<br>・抜歯した日の夕飯から、お粥がです。<br>(お粥が苦手な方は看護師に言ってください。)<br>・痛みのある時は、食前に痛み止めを飲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |      | ・制限はありませんが、硬いものや刺激物は避けましょう。<br>・お粥から米飯に変更を希望される方は看護師に相談してください。<br>                                                                                                                                                                     |   |      |                                                                                                                                                                                                               |   |      |
| 安静度                                                                                         | ・抜歯した後、お風呂ははいれません。<br>(血が止まりにくくなります。)<br>・血が止まるまでは安静にしてください。<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |      | ・お風呂に入れます。髪も洗えます。<br>・行動の制限はありません。<br>                                                                                                                                                                                                 |   |      |                                                                                                                                                                                                               |   |      |
| 注意事項<br> | ・抜歯は14時～16時の間に口腔外科外来で行います。<br>・歯を磨き口の中を清潔にしておいてください。<br>・眼鏡、コンタクトレンズ、義歯、アクセサリ、化粧、マニキュア等身につけているものはすべてはずし保管してください。<br>・体の調子が悪いときは早めに教えてください。<br>・痛み止めの薬をお渡しします。<br>・飲んだ時間を看護師に教えてください。(服用間隔は6時間以上あけてください)<br>・うがい薬をお渡しします。<br>血が止まったらうがいをしてください。<br>(止まる前にすると血が止まりにくくなります。抜歯当日は止血後軽くゆすぐ程度にしてください)<br>・抜歯後の注意<br>・抜歯後、血圧測定などをします。部屋に戻ったら看護師を呼んでください。<br>・口の中のガーゼは、看護師が説明するまでかんでいてください。<br>・血の止まりが悪い時は、清潔なガーゼに交換して、かんでいてください。<br>・顔が腫れてしまう事がありますが、冷やすと腫れがひきにくくなるので冷やさないでください。 |   |      | ・退院オリエンテーションと概算のお知らせ<br>(退院が土日にかかる場合と概算を出せない場合があります。)<br>・口の中にバイキンがつかないように、起床時各食後・就寝時にはしっかりうがいをしましょう。<br>・痛み止めが足りないなど、心配な方は回診時相談してください。<br><br> |   |      | ・平日退院される方は<br>朝8時30分に口腔外科外来で診察を受けてください。<br>・土、日、祝日に退院される方は、回診を受けてからお帰りください。(9時頃から回診します)<br>・回診後、次回の予約票をお渡しします。<br><br> |   |      |
| 備考                                                                                          | 特別な栄養管理の必要性 有 ・ (無)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |      |

\* 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: