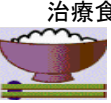


氏名

病名

| 入院病日経過<br>(月日) | 入院当日～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                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 成果目標           | □手術前は十分睡眠をとり、体調を整えましょう。                     □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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 絶食時間を守ってください。                     絶飲時間を守ってください。  絶飲食です                     飲水は医師の指示になります。(手術後) | 治療食                                                      |                                                                                                                          |            |                                                                                                   |                                                                                                                                                                    | 退院後の治療計画                                    |
| 活 動            | 自由におすごください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 手術までなるべく自室にいてください。                                                                                                                                                              | ベッド上安静です。                                                 | 回診後から歩けます。                     病棟内自由  |            |                                                                                                   |                                                                                                                                                                    | ・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><br>・その他 |
| 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>(手術前日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 髪の毛の長い人は2つに分け、3つ編みをしてください。<br>男性はひげ剃りを済ませてください。                                                                                                                                 |                                                                                                                                             | シャワー浴ができます。                           |            |                                                                                                   | 抜糸後入浴ができます。                                                                     |                                             |
| 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>(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>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ください。   |            |                                                                                                   | 退院前に薬剤師からの服薬指導があります。                                                                                                                                               | ・薬を内服している方は、処方通り内服してください<br><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。                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                             | リハビリが始まります。                         | 採血検査があります。 | 造影CT検査があります  |                                                                                                                                                                    | 保健医療サービス又は福祉サービス                            |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 病院的寝衣を着て、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。                                                                                                                             | □特にありません<br><br>□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><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。(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。    | 入れ菌、アクセサリ等、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。                                                                                              | 手術後、医師よりご家族の方に説明があります。<br><br>夜間、家族の付き添いは原則としてご遠慮頂きます。  |                                                                                                                          |            |                                                                                                   | 必要時入院中に栄養士から栄養相談があります。<br><br>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。  | その他                                         |
| 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: