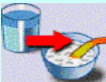


	氏名 _____ 様	病名: _____ 症状: _____	年 _____ 月 _____ 日	
経 過	 入院時 手術前日	 手術には _____ 時 _____ 分にいきます		 手術後1日目 退院日
		手術当日		
		手術前	手術後	
月 日	/	/		/
目 標	・手術について理解し、準備が整っている。 ・安心して手術に臨むことができる。 ・心配事や眠れない時は早めに看護師にお知らせ下さい。		【手術後】 ・痛みが最小限で過ごすことができる。 ・痛み、吐き気などつらい症状のある時は、 看護師にお知らせ下さい。	【退院基準】 ・血尿の増強がない。 ・尿の管を抜いた後、排尿がある。
食 事	 通常食です (食事制限がある方は制限食)	 朝昼食べられません	 麻酔が覚めたことを確認した後 飲水・食事が可能となります	
	時以降食べられません	時以降水分はとらないでください		
安静度	 制限はありません	手術室には歩いて向かいます 歩けない方は移送車で向かいます	麻酔が覚めるまでベッド上で安静です 	 制限はありません
排 泄		 朝排便がなければ座薬をします	手術後尿の管が入る場合があります 	尿の管が入った場合、医師が抜去します
清 潔	 入浴しましょう			 入浴できます
内服薬 点 滴	内服薬を確認します  薬剤師より薬について 説明があります 	時に常用薬を飲みます 	手術前後に点滴があります 酸素吸入をします  心電図モニターを装着します	
	検 査			
説 明 指 導	入院生活、手術に関する説明をします 麻酔科医による説明があります 必要に応じて栄養相談があります 特別な栄養管理の必要性 (有) ・ 無			 術後説明
備 考	《手術に必要なもの》 ・テープ止めタイプオムツ 1枚 	《手術室へ行く前に》 ・貴重品は金庫に保管して下さい。 ・眼鏡、入れ歯、指輪、かつらは外していきます。(補聴器はつけたままで行きます) 旭川赤十字病院 泌尿器科3階みなみ病棟 		

☆状況に応じて予定が変更になることがあります

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: _____