日

月

ALTA硬化療法を受けられる患者様へ(1泊2日) (入院診療・退院療養計画書)

氏名 様

病名: 内痔核

症状:

	手術前日まで	入院~手術日(/)		術後1日目~退院日まで	退院療養計画書
月日	/	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。		①痛みは我慢しないで看護師にお伝えください	`°	/
口际	②風邪などひかないようにご注意ください。		②「何かへんだな?」と感じたときは、看護師	ず へお知らせください。	退院後の治療計画
	特に制限はありませんが、糖尿病	朝食は食べてかまいません。		食べ物に特に制限はありません。	た
食事	や心臓病、高血圧などで食事制限	午前10時以降は食べ物も飲み物も			 次回外来受診日
. • .	されている場合は看護師へお知ら	口にすることができません。			
	せください。 特に制限はありません。	手術のための準備があります。	1時間は安静となります。	特に制限はありません。	月日時分
		なるべく病室に居てください。			
活動			1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		
			しよう。日間かりいたち歩しりつ歩いているよ		退院後の療養上の留意点
	ツウウベスがよかなルーノンジン 1		不能主机以本地在19°19、6件6生体 五十519),, p 1301%~1.4-1	・便通を整えるために食物繊維や水分を摂りましょう。
清潔	ご自宅で入浴を済ませてください。		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。	ンヤワー、人俗かでさます。	・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。
11701					・トイレに長居せず、力むのは3分以内、無理に
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。	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。
חוע					・温水洗浄式便座を使用し、おしりを清潔に
点滴		便を出すための座薬をします。 点滴を開始します。	手術室からの点滴がなくなれば終了です。		しましょう。 ・普段と違った気になる症状(痛み、出血、38℃以上
注射			7		の発熱)があるときには、受診して下さい。
内服		入院後、常用薬や持参したお薬は看護師へ お渡しください。	夕食後より手術前に服用していた薬が 再開になります。		退院後必要となる保健医療サービス
薬		お渡しください。 朝食後に食後薬を内服してください。	打扮になりより。		又は福祉サービス
₩₩	採血検査などは入院までに外来で行います。				
検査	換查				
A L	主治医の診察があります。				
診察				回診時、軟膏を肛門に注入します。	
治療				回診後、退院許可がでます。	その他
	应证 五类矿) > 7体 o 型 和) * _ b _ b _ b		観察させていただきますのでご協力ください。	Strul od H	・退院後の外科外来にはご家族と一緒に受診
	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。		・重いものを持つ ことは控えま ①薬剤師よりお薬に関しての服薬指導があります。	してください。
		(当院は全面禁煙となっております。)		しょう。	
説明		患者認証ベルトをします。 手術の必要物品を確認します。		・排便困難な場合は 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 医師・看護師に お支払いをお願い致します。 (請求書はそちらで	
• 176.77		手術に行くときは、指輪・入れ歯・時計・かつら		知らせてください。お受け取りください)	
指導		などは外してください。		退院前日に事務員が概算用紙をお渡しします。	
	特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無	事前に看護師が確認を致します。		*ALTA硬化療法は入院費約13万円かかりますが、 「限度額適用認定証」等を取得することで、退院時	
	刊加は不及自在の記女任 日 ・ ・ ・ ・ ・			の支払いが減額されます。	
	工作の説明を用いる後でる世事に止 ハマ いぼい レーナ	1 1 位弘時北南事の第四七屋は 本地はチレガル しゅ		③ご不明な事は、ご遠慮なく看護師へご相談下さい。	
事杯	手術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ください。	
書類		致します。			
		I			
注意	状態により予定が変わる事があります。	主治医:		印	

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

主治医以外の担当者

薬剤師:

看護師:

栄養士: