

ソケイヘルニア手術を受けられる

様の入院計画表 (患者ID: \_\_\_\_\_)



平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

岡山赤十字病院 病棟 ( \_\_\_\_\_ )

外科 主治医 \_\_\_\_\_

受け持ち看護師 \_\_\_\_\_

患者様署名 (代理人署名) \_\_\_\_\_

日付	入院時		手術当日		手術後	手術後	手術後		
	月	日	手術前	手術後	1日目 月 日	2日目 月 日	3日目 月 日		
達成目標	手術の説明を受け、不安や疑問な点が表現できる。			鎮痛剤を使用し、疼痛コントロールができる。		創部に異常がない。離床の必要性を理解し、離床できる。		退院できる。	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状・手術について主治医が説明します。</li> <li>予定日時</li> <li>入院生活・手術について、看護師が説明します。</li> <li>麻酔科医の手術前の訪問があります。</li> <li>手術室看護師の手術前の訪問があります。</li> </ul>		手術までに以下のものを準備ください。 ・バスタオル 1枚 ・T字帯 1枚		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術直後、主治医より家族の方に手術についての説明があります。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院です。</li> <li>今後の日常生活について主治医・看護師お話しします</li> </ul>		
検査			<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧、脈拍、体温を測ります。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧、脈拍、体温を測ります。</li> </ul>		熱を測ります。(朝・昼)		<ul style="list-style-type: none"> <li>熱を測ります。</li> </ul>
処置薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>そけい部の毛剃りをします。</li> <li>爪切りをします。</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>10時頃より点滴をします。(午後からの手術の場合)</li> <li>手術衣(お持ちします)に着替えます。</li> <li>手術側の単径部に印をつけます。</li> <li>____時 ____分頃手術室へ行きます。</li> </ul>		抗生剤の点滴をします。 ・手術中 ・夕方 ____時頃  ・傷が痛む場合、鎮痛剤を投与します。		<ul style="list-style-type: none"> <li>傷の絆創膏を水にぬれてもよいものに変えます。</li> </ul> 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由です。 _____</li> </ul>			床上→手術後2~3時間後麻酔が覚めれば歩いていいです		<ul style="list-style-type: none"> <li>自由です。 _____</li> </ul>			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>トイレへ歩いて行ってください。 _____</li> </ul>			歩けなければベッドの上で排尿します。		<ul style="list-style-type: none"> <li>トイレへ歩いて行ってください。 _____</li> </ul>			
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>普通食がでます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>____時より絶食です。</li> <li>____時より絶飲食です。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>夕方より普通食がでます。 _____</li> </ul>				
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴又はシャワーができます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>朝、シャワーをしてください。男性7時~女性8時~</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>タオルで体を拭き、着替えます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーができます。 _____</li> </ul>		
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態により、予定が上記と異なる場合には、医師、看護師がご説明します。</li> <li>何かわからないことがありましたら、医師、看護師に遠慮なくお尋ねください。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後は、傷口の安静のため、しゃがんだり、排便時怒責をかけたり、しないでください。</li> <li>便が出にくい場合はご相談ください。</li> </ul>			

特別な栄養管理の必要性 有・無 (どちらかに○) 入院時この用紙を持参してください。

総合的な機能評価: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助