

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	2日目	3日目
	月	日	月	日	月	日	月
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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・バスタオル 1枚</li> <li>・T字帯 1枚</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>熱を測ります。(朝・昼)</li> </ul>		<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生剤の点滴をします。</li> <li>・手術中</li> <li>・夕方 ____ 時頃</li> <li>・傷が痛む場合、鎮痛剤を投与します。</li> </ul>	<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>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・床上→手術後2~3時間後麻酔が覚めれば歩いていいです</li> </ul>	<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>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩けなければベッドの上で排尿します。</li> </ul>	<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>・普通食ができます。</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きます。 _____</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