

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: \_\_\_\_\_)



\_\_\_\_\_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1~2日目	
	月	日	手術前	手術後	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。 <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>今後の日常生活について退院時に看護師が説明します。</li> </ul>	
検査			<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧、脈拍、体温をはかります。</li> </ul>		熱を測ります。 _____ → (朝・昼)	
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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>手術中</li> <li>夕方 _____ 時頃</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <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>傷の状態を確認します。</li> </ul> 	
安静度	・自由です。 _____ →		床上→手術後2~3時間後麻酔が覚めれば歩いていいです		・自由です。 _____ →	
排泄	・トイレへ歩いて行ってください。 _____ →		歩けなければベッドの上で排尿します。		・トイレへ歩いて行ってください。 _____ →	
食事	・普通食がです。		<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>		・夕方より普通食がです。 _____ →	
清潔	・シャワーができます。		・朝、シャワーをしてください。男性7時~女性8時~		・タオルで体を拭き、着替えます。	・シャワーができます。 _____ → 3日目以降は入浴できます。
その他	・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。 ・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。				・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。 ・便が出にくい場合はご相談ください。	

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