


( ) 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(6階南) 泌尿器科 主治医 受け持ち看護師 患者様署名(代理人署名)

日付	入院時から手術前々日 月 日		手術前日 月 日		手術当日 月 日		手術後1~3日目 月 日・日・日		手術後4~7日目 月 日・日・日・日			
	手術前				手術後							
達成目標	・手術の説明を受け、不安や疑問な点が質問できる。				・尿に異常がない。				・退院できる。			
説明	<ul style="list-style-type: none"> <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。(全身麻酔・腰椎麻酔の場合)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の方は、手術中、病室あるいはデイルームでお待ちください。</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>				退院が決まったら、今後の治療や日常生活について、主治医・看護師がお話します。			
検査	(術後の検査は各患者様で違いますので入院時に説明をします。)		<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>・ 血圧、脈拍、体温を測ります。</li> </ul>					
処置薬剤	必要時手術部位の毛そり・爪切りをします。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10時頃より点滴をします。(午後より手術の場合)</li> <li>・ 手術衣(お持ちします)に着替え、T字帯をつけてください。</li> <li>・ 時 分頃、手術室へ行きます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示により点滴があります。</li> <li>・ 痛みが強い場合、鎮痛剤を投与します。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示により点滴があります。</li> </ul>					
安静度	・ 自由です。				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示により異なります。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 朝の回診後より自由です。</li> </ul>					
排泄	・ トイレへ歩いて行ってください。				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示により異なります。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ トイレへ行ってください。</li> </ul>					
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普通食が出ます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時から絶食です。</li> <li>・ 時から絶飲食です。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夕食より( )が出ます。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普通食がでます。</li> </ul>					
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴またはシャワーを浴びてください。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 7時~8時にシャワーを浴びてください。</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体を拭き、着がえをします。医師の指示があれば入浴が可能です。(入浴が出来ない時はタオルをお配りします。)</li> </ul>					

特別な栄養管理の必要性 有・無 (どちらかに○)  
 総合的な機能評価: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

入院時この用紙を持参してください。