

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"> ・病状・手術について主治医が説明します。 ・予定日時 ・入院生活・手術について、看護師が説明します。 ・麻酔科医の手術前の訪問があります。 ・手術室看護師の手術前の訪問があります。 		<ul style="list-style-type: none"> ・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。 		<ul style="list-style-type: none"> ・今後の日常生活について退院時に看護師が説明します。 	
検査			<ul style="list-style-type: none"> ・血圧、脈拍、体温をはかります。 		熱を測ります。 _____ → (朝・昼)	
処置薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・そけい部の毛剃りをします。 ・爪切りをします。 		<ul style="list-style-type: none"> ・10時頃より点滴をします。(午後からの手術の場合) ・手術衣 (お持ちします) に着替えます。 ・手術側の単径部に印をつけます。 ・ _____ 時 _____ 分頃手術室へ行きます。 		<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ・自由です。 _____ → 		床上 → 手術後2~3時間後麻酔が覚めれば歩行可能です。		<ul style="list-style-type: none"> ・自由です。 _____ → 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。		<ul style="list-style-type: none"> ・トイレへ歩いて行ってください。 _____ → 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・普通食がです。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ _____ 時より絶食です。 ・ _____ 時より絶飲食です。 		<ul style="list-style-type: none"> ・夕方より普通食がです。 _____ → 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワーができます。 		<ul style="list-style-type: none"> ・朝、シャワーをしてください。男性7時~女性8時~ 		<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 				<ul style="list-style-type: none"> ・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