

# 下肢静脈瘤血管内焼却術を受けられる

様の入院計画表 (患者ID: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

岡山赤十字病院 病棟 ( \_\_\_\_\_ ) 心臓血管外科 主治医 \_\_\_\_\_ 受け持ち看護師 \_\_\_\_\_ 患者様署名 (代理人署名) \_\_\_\_\_

日付	月 日		手術後1日目
	入院日 (手術前)	手術後	月 日
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術の説明を受け、不安や疑問な点を質問できる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮痛剤を使用し、疼痛をコントロールできる。</li> </ul>
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> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     以下の物を手術までに準備してください。                      ・下肢静脈瘤用ストッキング1足 (外来にて購入してください)                 </div>		<ul style="list-style-type: none"> <li>創部に異常がない。</li> <li>退院できる。</li> </ul>
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧、脈拍、体温測定</li> <li>下肢超音波検査 (マーキング)</li> <li>(外来で終了している場合もあります)</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	 <ul style="list-style-type: none"> <li>点滴をします</li> <li>点滴をしたまま手術室へ行きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術衣(お持ちします)に着替えます。</li> <li>_____時 _____分頃車椅子で手術室へ行きます。</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>手術中、抗生剤の投与をします。</li> <li>手術後、鎮痛剤の内服があります。</li> <li>点滴は手術終了後1時間で抜去します</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→手術後約1時間で医師または看護師の許可があれば歩行してください。</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>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術開始4時間前から手術終了後約1時間絶飲食</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>普通食がです。</li> </ul>
清潔			<ul style="list-style-type: none"> <li>タオルで体を拭き、着替えます。</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>		

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。 岡山赤十字病院 開始年月: H31.01 改正: R3. 6

総合的な機能評価: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助