

腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けられる

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	入院日(手術前日)		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日目以降
	月	日		月	日	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。			鎮痛剤を使用しながら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"> 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"> 腹部エコーをします。 		<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温を測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温を測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 熱を測ります。(朝・昼・夕) 採血 	<ul style="list-style-type: none"> 腹部レントゲン 	<ul style="list-style-type: none"> 熱を測ります。(昼)
処置薬剤	 <ul style="list-style-type: none"> おへそをきれいにします。 爪切りをします。 剛毛があればお腹の毛剃りをします。 	<ul style="list-style-type: none"> 午後からの手術であれば10時頃より点滴をします 手術衣 (お持ちします) に着替えます。 ____ 時 ____ 分頃に _____ で手術室へ行きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴をします。 手術中 8時間後 点滴をします 傷が痛む場合、鎮痛剤を投与します。 		<ul style="list-style-type: none"> 絆創膏を剥がします。 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 自由です。 			<ul style="list-style-type: none"> 床上で足の曲げ伸ばしをしたり、体の向きを変えてください。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行してください。 		<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。 			<ul style="list-style-type: none"> 尿管が入っています。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿管を抜きます トイレへ歩いて行ってください。 		<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"> 普通食が出来ます。 	<ul style="list-style-type: none"> ____ 時より絶食 ____ 時より絶飲食 		<ul style="list-style-type: none"> 絶飲食です。 帰室後3時間したら飲水可です。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝・昼—粥食 夕 — 普通食 		<ul style="list-style-type: none"> 普通食が出来ます。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワーが出来ます。 		<ul style="list-style-type: none"> 朝、シャワーをしてください。時間はこちらからお伝えします。 		<ul style="list-style-type: none"> タオルで体を拭き替えます。看護師が介助します。 		<ul style="list-style-type: none"> 傷の判創膏を剥がして シャワーが可能です。3日目以降は入浴も可能です。

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。