

子宮鏡下経頸管的腫瘍切除術を受けられる

様の入院計画表

(患者ID:)

岡山赤十字病院 () 病棟 () 科 主治医 () 受持ち看護師 () 令和 年 月 日 患者様署名(代理人署名) ()

	月 日		月 日		月 日	月 日
	入院日		手術当日		1日目	退院日
説明	医師	<ul style="list-style-type: none"> 病状・手術について主治医が説明します。 麻酔科医の手術前の訪問があります。 		手術後	<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お話があります。
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師からの薬の説明があります。 				
	看護師	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活・手術について、看護師が説明します。 手術室看護師の手術前の訪問があります。 				
検査	随時、血圧、脈拍、体温を測ります。				<ul style="list-style-type: none"> 採血があります。 	
処置	<ul style="list-style-type: none"> 頸管を拡張させる処置を行います。 処置された方は、抗生物質を内服していただきます。 眠前に下剤の内服があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示があれば、朝食後に抗生物質の内服をします。 手術衣に着替えます。 午前中に点滴をします。 弾性ストッキングを装着します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術中より点滴をしています。順調であれば、終了したら抜きます。 痛みがある場合、鎮痛剤を投与することがあります。 <p>《静脈麻酔の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> 夕食後より、3日間抗生物質を内服します。 	<ul style="list-style-type: none"> 腫れているガーゼを抜きます。 <p>《腰椎麻酔の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> 朝食後より、3日間抗生物質の内服をします。 		
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。 《静脈麻酔の方》麻酔の覚醒状況によって歩くことができます。看護師が時間等をお知らせします。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩くことができます。 歩き始めはしっかり足のマッサージや屈伸運動をしましょう。合併症を予防するため、できるだけ動きましょう。 		
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"> 歩けるようになったら尿管を抜きます。 ウォッシュレットトイレをご使用ください。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 普通食がです。 	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔科医師より絶飲食についての説明があります。 	<p>《静脈麻酔の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術後3時間より飲水ができます。夕より普通食です。時間は看護師がお知らせします。 <p>《腰椎麻酔の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> 絶飲食です。手術後、麻酔の覚醒に応じて飲水ができます。看護師が時間をお知らせします。 	<p>《腰椎麻酔の方》</p> <ul style="list-style-type: none"> 朝より普通食です。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴又はシャワーができます。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝シャワーができます。 			<ul style="list-style-type: none"> 許可があればシャワーができます。 	

上記入院計画表はおよその目安です。状態、状況により多少変更がありえることをご了承ください。

特別な栄養管理の必要性 : 有 ・ 無 (どちらかに○)

岡山赤十字病院 開始年月: H16.10 改正年月: R4.4

総合的な機能評価 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助