

緊急腹式帝王切開術を受けられる _____ 様の入院計画表 (患者ID: _____) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

岡山赤十字病院 病棟 () 主治医 () 受け持ち看護師 () 患者様署名(代理人署名) _____

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	手術当日	手術後 1日目	手術後 2日目	手術後 3日目	手術後 4日目	手術後 5日目	手術後 6日目	退院日	
	手術後								
達成目標	鎮痛剤を使用し、痛みのコントロールができる。	児に面会できる。歩行ができる。	乳房マッサージの方法が分かる。	乳汁分泌がある。	身のまわりのことができる。育児の方法が分かる。			退院後の生活の注意点・育児について知っている。	
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 医師から説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> お乳の乳管開通をしましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> お乳のマッサージをしましょう。 授乳に行きましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> お母さんの体調に合わせて母児同室をしましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 沐浴指導があります(月・木)。退院までに実施してみましょう。 集団退院指導があります(火・金)。 			<ul style="list-style-type: none"> 今後の日常生活について、主治医・看護師がお話します。 退院療養計画書をお渡しします。 次回受診の予約票をお渡しします。 	
検査		<ul style="list-style-type: none"> 採血があります。 				<ul style="list-style-type: none"> エジンバラ産後うつ病質問票を回収します。 	<ul style="list-style-type: none"> 2週間健診・1ヶ月健診の予約をとります。 		
処置 薬剤	<ul style="list-style-type: none"> 手術中より点滴をしています。 痛みがある時は申し出てください。 血栓予防のフットポンプを装着します。(歩行できるまで) (必要時血栓予防の注射があります。退院まで) 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴があります。 		<ul style="list-style-type: none"> 創部の確認があります。 			<ul style="list-style-type: none"> 退院前診察があります。 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ベッドの上で寝返りをしましょう。 足の屈伸運動をしましょう。 希望のある方は母児の状態に応じて抱っこ面会ができます。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩くことができます。 歩き始めは足のマッサージをしましょう。 合併症を予防するため、できるだけ動きましょう。 赤ちゃんの面会ができます。 							
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 尿管が入っています。 パットの交換を行います。 	<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利用下さい。パットの交換をしましょう。 							
食事	<ul style="list-style-type: none"> 絶飲食です。(口が渇く場合はうがいをしましょう。) 	<ul style="list-style-type: none"> 水分と食事は医師の許可後に開始となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 授乳食です。 お祝い膳があります。(火・金曜日のどちらかの夕食時にあります。) 夕食は希望があればレストランでお食事ができます。(治療食の方はご利用できません。) 						
清潔		<ul style="list-style-type: none"> 体を拭いて着替えます。 許可後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。 						
その他	<ul style="list-style-type: none"> 痛み・吐き気・出血等の症状がありましたお知らせ下さい。ご不明な点がございましたら、遠慮なく医師や看護師にお尋ね下さい。 								

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: H30.5

改正年月: R2.12

総合的な機能評価 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助