








単径ヘルニア根治術 ～入院診療計画書～

患者ID	患者氏名	生年月日	病棟	病棟部屋	病名	患者様控え
日付		入院日	#VALUE!		#VALUE!	退院日(#VALUE!)以降
経過	外来	入院日	手術前	手術後	術後1日目	術後2日目～3日目
目標	・手術の必要性、内容が理解できる ・入院中の経過が理解できる		・痛みがコントロールできる ・創部の安静を保つことができる	・痛みがコントロールできる ・病棟内を3周以上歩行することができる	・退院後の生活を理解できる	
食事	・制限はありません ☆バランスのとれた食事を心がけて下さい	・22時～絶食	・当日0時～水分も不可 (内服指示薬がある場合は少量の水分で6時に内服してください)	・絶飲食 (口をゆすぐことはできます)	・水分可 ・水分摂取後、異常みられなければ朝食から食事開始となります	*制限ありません 退院日のスケジュール ①10時頃、緑封筒の会計明細書が届きます。 ②看護師に声をかけ伝票を持ち、会計へ ③会計終了後、病棟にて書類をお渡しします。 退院は11時頃が目安です。
排泄		・制限はありません	・手術予定時間30分前にトイレをすませてください	・帰後は安静が必要のため排尿のための管が留置されています	・7時ごろ排尿のための管を抜去します 初回のトイレ歩行は看護師が付き添います 排尿が出にくいなどの症状がある場合はお知らせ下さい	
安静度		・制限はありません		・ベッド上安静 体位を交換したりと、お困りの際は看護師までお知らせ下さい	・歩行可 (初回の歩行時はふらつくことがあるため看護師が付き添います)	
清潔		・シャワー浴をしてください	・手術入室時は、手術着へ更衣・弾性ストッキングの装着おこないます	・入浴・シャワー浴はできません ・麻酔から覚醒後に、術衣から寝衣へ交換します	・必要時、お体を拭かせていただきます	*シャワー浴可
治療処置	*術前検査をおこないます* ・採血 ・心電図 ・レントゲン ・肺機能 ・(採尿)	・麻酔科医の訪室があります ・弾性ストッキングのサイズ計測をします ・手術部位のマーキングを行います	・点滴針を挿入し、点滴を行います  ・手術は()時入室予定です	・心電図モニターをつけさせていただきます ・下肢に血栓防止のための機械(ウイズウエア)をつけさせていただきます ・医師の指示により酸素投与を実施することがあります(3時間程度) ・抗生剤の点滴を行います	・心電図モニターを外します ・ウイズウエアを外します ・歩行できたら弾性ストッキングを脱ぎます ・持続の点滴は午前中で終了となります ・もともと飲んでいる内服薬を再開します(中止薬については主治医の指示に従ってください)	・薬剤師より退院時処方説明があります 心配なことや困ったことがありましたら、遠慮なくご相談ください 
説明指導	・手術まで禁煙が必要です ・飲んでいる薬があれば、主治医へお知らせ下さい 内服についての指示がでる場合があります 中止薬→()ありなし 	・入院時オリエンテーションを行います ・手術の同意書の確認を行います ・飲んでいる薬を、お知らせ下さい 手術当日の内服指示がでる場合があります 	・術前に、マニキュア・義歯・指輪・ヘアピン・その他金属類を外し、大切なものは家族に預けて下さい ・御家族は手術の1時間前までに来院してください 術中は2階の手術控え室でお待ちください	 ・主治医より御家族へ手術の結果の説明があります 痛みがある時は、我慢せずにお知らせください 	退院後の生活について ・スポーツは3～4週間控えて下さい ・排便コントロールをしましょう嘔吐や腹痛があるときは受診してください ・入浴は5日目からして下さい それまではシャワー浴を行って下さい ・お酒は1週間は控えて下さい ・創部の腫脹や出血など何か異常がありましたら受診してください ・職場復帰は退院()日後から可能です 体調と相談し無理なく復帰して下さい 職業→() 次回外来(/ /)	

・特別な栄養管理の必要性: 有 無

・その他(看護、リハビリテーション、薬剤等の計画)

看護計画上記参照

処方薬(内服・注射)について、薬効の説明および効果や副作用のチェックを行います

薬剤師署名: 森田 勝幸

注1) 病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わらうものである

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものである

注3) あなたは説明を受け、最終的な自己決定をする権利がありますまた、他の医師の説明や意見を求める権利(セカンドオピニオン)もあります

上記計画を主治医または看護師より納得いくまで説明を受け内容を承知し同意します

平成 年 月 日

患者署名: _____

代理人署名: _____

主治医署名: _____

担当看護師署名: _____