

腹腔鏡下大腸切除術 ～入院診療計画書～

患者ID	患者氏名		生年月日	病棟	病名			
日付経過	入院日	術前日	手術前	手術後	術後1～2日目	術後3～5日目	術後6～8日目	術後9日目～退院
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 ・腸閉塞などの合併症がない	・創部のトラブルがない。 ・腸閉塞などの合併症がない。	・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時以降は絶食となります。	水分のみ可 	・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時に内服して下さい)。	・絶飲食 	・術後1日目10時～水分可 	・術後3日目～GFO開始。 ・異常なければ4日目昼食から食事開始となります。 (5分粥から腹部症状を観察しながら徐々に常食にしていきます)	*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	
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下さい	・帰室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		・制限なし 排便コントロールが必要です。		
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	・主治医回診後より歩行可 (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)		制限なし。 	
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を行います	・入浴・シャワー浴はできません 	・必要時、お体を拭かせていただきます ・麻酔から覚醒後に、術衣から寝衣へ交換します	・清拭・陰部洗浄を行います		シャワー浴可 
治療処置	・術前検査の追加を行う場合があります ・眠前に下剤を内服します 	・12時ごろより点滴を開始します。 ・腸管洗浄薬を内服します。10時から2時間かけて内服してください。 ・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	・指示薬のある場合は6時に少量の水で内服します。 ・手術は() 時入室予定です 	・ICUに入室になります。 ・心電図モニターをつけます ・下肢に血栓防止のための機械(ウイズウエア)をつけます ・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(3日間) ・背中に痛み止めチューブが挿入されます(エビ) ・腹部にドレーン(体内の不要な液を排出する管)が挿入されています。 術後の身体状態を把握するために、血圧・脈拍・体温・体内酸素量を測定したり、全身の観察を行います ・創部の観察を行い、必要時ガーゼ交換などの処置を行います		・術後4日目採血・レントゲンを行います。 ・エビを抜去します ・尿管を抜去します。 ・大部屋に転室するタイミングで心電図モニターを外します ・食事開始とともに、整腸剤の内服を開始します。→	・術後7日目採血を行います。 ・7日目を以降、食事5割以上摂取できるようであれば点滴終了。 ・腹部のドレーンは排液が少なくなり、性状に異常がないことを確認し術後7日目前後に抜去します。	・創部に異常がなければ抜去します。 ・医師の指示にて退院が可能です 
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 ・術後ICUへ移動する荷物を準備します。 		・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下さい ・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 ・痛み止め(エビ)を使用した時間を知らせて下さい。 		・3日目から離床開始しますので、ベッド上での運動を始めましょう。 	退院後の生活について ・創部に貼ってあるテープが剥がれた時は、そのまま問題ありません。ズボンのウエストなどで擦れるなど不快があるときは判別子などを張り保護してください。 ・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。 ・バランスの良い食事を心がけましょう。 ・創部の腫脹や出血、発熱や腹痛など何か異常があった場合は受診してください ・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→() / () ・定期受診は必ず受診しましょう。 次回外来() / ()	
ICU必要物品		バスタオル1～2枚、フェイスタオル3～4枚、ティッシュ1箱、下着、口腔ケア用品、コップ、電気カミソリ(男性のみ)						

・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: _____

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、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

西暦 年 月 日

患者署名: _____ 代理人署名: _____

主治医署名: _____ 担当看護師署名: _____

