

| | | | |
|----|-----------|------|-------------------|
| ID | <<SYPID>> | 患者氏名 | <<ORIBP_KANJI>> 様 |
|----|-----------|------|-------------------|

円錐切除術を受けられる方へ

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。 ※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

| 年月日 | 2018年4月1日 | 4月2日 | | 4月3日 | 4月4日 |
|----------------|--|---|--|---|---|
| 経過 | 入院(手術前日) | 手術当日 | | 手術1日後 | 手術2日後 |
| | | 術前 | 術後 | | |
| 達成目標 | <input type="checkbox"/> 術前の処置・必要物品が理解できる <input type="checkbox"/> 医師の説明が理解できる <input type="checkbox"/> 手術に対する不安や疑問を言える | <input type="checkbox"/> 絶飲食指示が守れる <input type="checkbox"/> 手術に行く前の準備ができる | <input type="checkbox"/> 術後の安静指示が守れる <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナプキンに付着程度である | <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナプキンに付着程度である <input type="checkbox"/> トイレ歩行ができる | <input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みを我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナプキンに付着程度である <input type="checkbox"/> 退院後の生活に不安がない |
| 検査 治療 処置 | <input type="checkbox"/> 採血をします <input type="checkbox"/> 弾性ハイソックスのサイズ測定を行います | <input type="checkbox"/> 術衣に着替え弾性ハイソックスをはきます  | <input type="checkbox"/> 足にフットポンプを装着します <input type="checkbox"/> 痛み止めは医師の指示に従って対応します <input type="checkbox"/> 腔内に管とガーゼが入っていることがあります | <input type="checkbox"/> 採血をします <input type="checkbox"/> フットポンプを外します <input type="checkbox"/> 腔内にガーゼが入っている場合は、抜きます | <input type="checkbox"/> 診察をして問題なければ退院の許可が出ます |
| 内服薬 注射 | <input type="checkbox"/> 常用薬があれば薬剤師または看護師にお伝えください | <input type="checkbox"/> 点滴をします <input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください | <input type="checkbox"/> 点滴をします | <input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください | <input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください |
| 活動 安静度 | <input type="checkbox"/> 制限なし | <input type="checkbox"/> 制限なし | <input type="checkbox"/> ベッド上安静  | <input type="checkbox"/> ベッドの上半身を徐々に上げて座り看護師見守りの下トイレまで歩行します | <input type="checkbox"/> 制限なし |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 制限なし | <input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりできません  | <input type="checkbox"/> 食べられません <input type="checkbox"/> 飲み物は医師の指示にて始まります | <input type="checkbox"/> 医師の指示にて食事が始まります  | <input type="checkbox"/> 制限なし |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> シャワー・洗髪 | | <input type="checkbox"/> 歯磨きはベッド上で行います | <input type="checkbox"/> 体を拭いて、着替えをします  | <input type="checkbox"/> 制限なし |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 手術室より尿管を挿入しています | <input type="checkbox"/> トイレまで歩行できたら尿管を抜きます <input type="checkbox"/> 初めてのトイレ歩行時は、看護師が付き添い、見守ります | <input type="checkbox"/> 制限なし |
| 指導 説明 書類 | <input type="checkbox"/> 医師より入院説明(手術・麻酔・輸血説明・同意書配布) <input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症予防についての説明・同意書 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(ネームバンドの装着) <input type="checkbox"/> 術前オリエンテーション(必要物品の説明・確認) <input type="checkbox"/> 爪切り・マニキュア除去確認 <input type="checkbox"/> 患者用パス・入院診療計画書の説明 <input type="checkbox"/> 病衣の使用許可 | <input type="checkbox"/> 眼鏡、コンタクト、入れ歯、アクセサリー等の金属類ははずしてください <input type="checkbox"/> 化粧はしないでください | <input type="checkbox"/> ベッド上安静中も寝返りや下肢の運動を積極的に行ってください  | <input type="checkbox"/> 歩行できれば弾性ハイソックスは脱いでください <input type="checkbox"/> トイレ使用時はウォシュレットで陰部を清潔にしてください <input type="checkbox"/> パンフレットを用いて退院指導をします | <input type="checkbox"/> 制限なし |
| リハビリ ・その他 | | | 【指導】 ・服薬指導 ・退院後の生活について 【連絡先】 徳島大学病院: 088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 産科婦人科外来: 088-633-7175 | 【退院基準】 ・発熱がない ・痛みを我慢せず過ごすことができる ・性器出血がある場合はナプキン付着程度である 【退院後の治療計画】 ・内服がある場合は継続 【退院後の生活について】 ・「退院のしおり」をご覧ください ・発熱・腹痛・性器出血が急に増えたなどの症状や何か特別に心配、困ったことがある場合は、ご連絡ください | |