

| | |
|----|------|
| ID | 患者氏名 |
|----|------|

口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術を受けられる方へ【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】

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 | 月 日 | 月 日 | | 月 日 | 月 日 ~ 月 日 | 月 日 | |
|----------|---|--|---|---|--|---|--|
| 経過 | 入院(手術前日) | 手術当日 | | 手術1日後 | 手術2~5日後 | 手術6日後(術後6日間で退院) | |
| 達成目標 | 手術について理解できる | 術前 | 術後 | 安全に歩行ができる 口腔内の清潔を保てる | 痛みに応じた食事を摂取できる | 退院後の生活が理解できる | |
| 検査治療処置 | <input type="checkbox"/> 医師の診察があります <input type="checkbox"/> 手術に必要な検査をします <input type="checkbox"/> 麻酔科の術前診察があります | | <input type="checkbox"/> 医師診察・処置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 心電図モニター装着 | <input type="checkbox"/> 医師診察・処置 <input type="checkbox"/> うがい | | 【退院基準】 ①出血がない ②発熱がない ③経口摂取が可能  | |
| 内服薬注射 | <input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります | <input type="checkbox"/> 常用薬の内服は麻酔科の医師の指示に従ってください | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤点滴 <input type="checkbox"/> 止血剤 | <input type="checkbox"/> 持続点滴 (食事が十分食べられていたら 抜去) <input type="checkbox"/> 痛み止めのシロップ | <input type="checkbox"/> 痛み止めのシロップ <input type="checkbox"/> 抗生剤内服 | 【指導】 内服指導 退院指導 | |
| 活動安静度 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 指示に従ってください | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 | <input type="checkbox"/> 病棟内制限なし | <input type="checkbox"/> 制限ありません | 【退院後の生活について】 手術部位の状態に応じた食事形態にしてください 手術部位の異常や出血が多く止まらない場合はすぐに連絡をください | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 手術日は絶食となりますので何も食べないでください <input type="checkbox"/> 水分は麻酔科の指示に従ってください |  | <input type="checkbox"/> 流動食または軟菜食 <input type="checkbox"/> 硬いものを避ける <input type="checkbox"/> 柑橘類を避ける | <input type="checkbox"/> 軟菜食、粥食 <input type="checkbox"/> 硬いものを避ける <input type="checkbox"/> 柑橘類を避ける | 【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 耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来:電話088-633-7166 | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | | | <input type="checkbox"/> 全身清拭 | <input type="checkbox"/> シャワー可 | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> 尿の管が入っています | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | | |
| 指導説明書類 | <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 医師より手術内容と経過等の説明 <input type="checkbox"/> 手術の説明を受けた後、手術の同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 手術する側の手に印をつけます | <input type="checkbox"/> 手術前にハイソックス、T字帯、手術着へ更衣  <input type="checkbox"/> ヘアピンなどの金属類、シップ、マニキュア(手足)は必ず外しておいてください  | <input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります  | <input type="checkbox"/> 出血した場合は、血液は飲み込まず吐き出してください。すぐに看護師に連絡してください。 | <input type="checkbox"/> 診断書・保険書類等がある方は診断書窓口へ持参してください | | |
| リハビリ・その他 | | | | | | | |