

鼠径ヘルニアの患者さん (入院診療計画書)

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: 鼠径ヘルニア 症状: 鼠径部の腫脹

経過	入院日 (/)	入院2日目 (/)	退院日 (/)
患者目標	安心して手術を迎えられる	身体損傷なく過ごす	全身状態が良好である
治療・処置	外来にて 血液検査・胸部レントゲン 麻酔科診察	()時 坐薬を挿入します ()時 お薬をのみます 手術後、点滴をしています 食事が食べられたら点滴は抜きます	
活動	病棟内は自由です	坐薬を挿入したら、またはお薬をのみましたらベッド上にいてください 術後点滴が抜けたら、病棟内自由です	退院後2週間は、跳んだり跳ねたりする運動はやめて下さい
食事		<術前> ・朝のお食事はありません ・ミルク又は母乳を飲んでいる方は()時頃()mlが最後です ・糖水又はお茶を()時頃()mlが最後です <術後> 飲水して、嘔吐がなければ食事ができます 初回引水 _____時頃 _____ml 2回目 _____時頃 _____ml 食事 _____時以降	
清潔	お風呂に入れます		次回外来日まで入浴は止めてください シャワーはできます
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します(有・無) <input type="checkbox"/> 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 薬剤師からお薬の説明があります <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔同意書・身体抑制同意書をいただきます	<input type="checkbox"/> 手術の後、医師からお話があります	<input type="checkbox"/> 傷のテープは次回の外来まではがさないで下さい <input type="checkbox"/> はがれた場合は、市販の絆創膏をはって下さい <input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします <input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物の確認をします
主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____ _____年 _____月 _____日 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____			
		メモ: _____	

2016/12 作成
2020/12/1 改訂