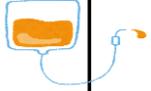


リンパ管腫硬化療法 ピシバニール（前日入院）の患者さん（入院診療計画書）

患者ID: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 病棟: _____ 病室: _____
 患者氏名: _____ 病名: _____ 症状: _____

経過	入院日 (/ /)	入院2日目 (/ /)		退院日 (/ /)
		手術前	手術後	
患者目標	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません。 ・転倒、転落しません。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お熱がありません。 ・転倒、転落しません。 	<ul style="list-style-type: none"> ・創部からの出血がありません。 ・転倒、転落しません。 	<ul style="list-style-type: none"> ・創部からの出血がありません。 ・不安がなく退院できます。
治療・処置	処置はありません。	手術前は体温や血圧を測定します。酸素ボンベなどの物品をベッドに準備します。	手術後は点滴を実施します。 	処置はありません。
活動	病棟内は自由です	病棟内は自由です	手術後しっかり起きたら、病棟内は自由です	病棟内は自由です
食事	お昼より病棟の一般食事ができます。	<ul style="list-style-type: none"> ・午前手術の場合は朝からお食事がありません。 ・午後手術(13:30以降)の場合は朝、軽食菜が出ます。 ・()時のお茶()mlが手術前最後です。 ・ミルク又は母乳を飲んでいる方は ミルク又は母乳を()時頃()ml 糖水又はお茶が()時頃()mlが最後です。 	お茶、ミルクなどを飲んで吐かなければお食事が始まります。 お茶 時頃 ml ミルク 時頃 ml 食事 時頃	制限はありません。
清潔	シャワーに入れます。	手術日なのでシャワーや体拭きはありません		シャワーや体拭きはありません
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <input type="checkbox"/> 手術の時間をお知らせします。 <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書をいただきます <input type="checkbox"/> 薬剤師から薬の説明があります。 <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性を評価します <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性を評価します	<input type="checkbox"/> 出棟時間をお伝えします。 	<input type="checkbox"/> 手術後、医師から説明があります。 	<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします。 <input type="checkbox"/> スタッフと忘れ物がないか確認をお願いします。

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: **入院時、同意書を提出してください**

2021/12/11作成