

# 尿道下裂の手術を受けられる患者さん

## (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: 尿道下裂 症状: 尿の出口の位置の異常

経過	入院日 ( / )		入院2日目 ( / )	
			手術前	手術後
患者目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お熱がありません</li> <li>・転倒転落しません</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・お熱がありません</li> <li>・転倒転落しません</li> </ul>	
治療・処置			<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 術後は水分補給の点滴が入ってます</li> <li><input type="checkbox"/> 術後は尿道カテーテルの違和感の軽減のため</li> <li><input type="checkbox"/> オキシブチニンを1日3回飲みます</li> <li><input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します</li> </ul>	
活動	病棟内、自由です		座薬またはお薬を飲みましたらベッド上にいてください	
食事	お昼より病院の食事が食べられます		<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝ご飯はありません</li> <li>・最終飲水( : )</li> </ul>	
清潔	シャワー浴があります			
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします</li> <li><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)</li> <li><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)</li> <li><input type="checkbox"/> 明日の手術時間のお知らせをします</li> <li><input type="checkbox"/> 手術同意書、麻酔同意書、身体抑制に関する同意書を看護師にお渡しください</li> <li><input type="checkbox"/> 薬剤師による常用薬の確認、お薬の説明があります</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 手術後、医師からお話があります</li> </ul>	
メモ				

2020/11/27 作成

# 尿道下裂の手術を受けられる患者さん

## (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: 尿道下裂

症状: 尿の出口の位置の異常

経過	入院3～8日目	入院9日目	入院10～12日目 退院日
	( / ) ~ ( / )	( / )	( / ) ~ ( / )
患者目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お熱がありません</li> <li>・転倒転落しません</li> <li>・手術部を安静に保ちます</li> <li>・傷から血が出たり、腫れたりしていません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お熱がありません</li> <li>・転倒転落しません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お熱がありません</li> <li>・転倒転落しません</li> <li>・安心して退院できます</li> </ul>
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 術後は尿道カテーテルの違和感の軽減のためオキシブチンを1日3回飲みます</li> <li><input type="checkbox"/> 入院5日目(術後3日目)の午前中に点滴を抜きます</li> <li><input type="checkbox"/> 入院5日目(術後3日目)の夜から抗菌薬を1日1回夕方に飲みます。</li> <li><input type="checkbox"/> 便秘のときは浣腸をします</li> <li><input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します</li> <li><input type="checkbox"/> ドレッシング材が解除になったらゲンタマイシン軟膏を1日4回塗ります(別紙参照)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 午前中、医師の回診時に尿道カテーテルを抜きます</li> </ul>	
活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドの上で上向きで寝た状態で過ごしてもらいます</li> <li>・抱っこはできません</li> <li>・足はバスタオルでおくるみをして傷の安静を保ちます</li> </ul>	病棟内、自由です	病棟内、自由です
食事	普通食 (寝たままの状態でお食べ)	普通食 (お昼からは座ってお食事がとれるようになります)	普通食
清潔	体拭きをします	シャワー浴があります	
説明・指導			<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします</li> <li><input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物がないか確認をお願いします</li> </ul>

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)

2020/11/27 作成