

膀胱尿管逆流症（前日入院）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: 膀胱尿管逆流症 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"> ・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 	
治療・処置			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 術後は水分補給の点滴が入ってます <input type="checkbox"/> 術後は尿道カテーテルの違和感の軽減のため <input type="checkbox"/> オキシブチニンを1日3回飲みます <input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します 	
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"> ・朝からお食事がありません。 ・()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らっしゃる方は ・ミルク又は母乳を()時頃()ml 	
清潔	シャワー浴があります		シャワー浴はありません	
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> 明日の手術時間のお知らせをします <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 <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 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 手術後、医師からお話があります 	
メモ				

2020/11/27 作成

膀胱尿管逆流症（前日入院）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: 膀胱尿管逆流症 症状: 尿の出口の位置の異常

経過	入院3～5日目	入院6日目	入院7～8日目 退院日
	(/) ~ (/)	(/)	(/) ~ (/)
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 ・手術部を安静に保ちます ・傷から血が出たり、腫れたりしていません 	<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"> ・お熱がありません ・転倒転落しません ・安心して退院できます
治療・処置	<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 <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 <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。 <input type="checkbox"/> 便秘のときは浣腸をします <input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します	<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	
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの上で上向きで寝た状態で過ごしてもらいます ・抱っこはできません ・足はバスタオルでおくるみをして傷の安静を保ちます 	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	退院当日はシャワー浴はありません
説明・指導			<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)