

口蓋裂の手術の患者さん (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日目以降 ICU退室まで	
		手術前	手術後
患者目標	入院・手術の準備をします 転倒・転落しません	手術前の準備をします	手術した部位の安静を保ちます
治療・処置	外来ですること ・麻酔科診察があります	()時 坐薬を挿入します ()時 お薬を飲みます	ICUに入室し全身管理を行います 鎮静(眠った状態)・挿管・人工呼吸器管理となります
活動	病棟内、自由です	坐薬を挿入またはお薬を飲んだ後は、ふらつくことがあり危ないのでベッド上で過ごして下さい	・ベット上安静です ・点滴、モニターなどが抜けないように注意し、場合によっては抑制をすることがあります
食事	通常通り食べられます	・食事は朝から禁食となります ・()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()時まで()ml 水またはお茶が()時まで()mlが最後です	
清潔	シャワーに入れます	手術の日なのでシャワー、体拭きはありません 手術翌日は体拭きを行います	
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・麻酔同意書をいただきます <input type="checkbox"/> 身体抑制についての同意書をいただきます <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"/> 午前、手術室に入室の場合は午前8時までに病室にお越しください。 <input type="checkbox"/> 午後、手術室に入室の場合は午前11時までに病室にお越しください。	
メモ			

2022/2/28 作成

口蓋裂の手術の患者さん (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4～5日目	入院6～8日目	退院日
	術後2～3日目(一般病棟)	術後4～6日目(一般病棟)	術後7日目
患者目標	手術した部位の安静を保ちます 	手術した部位の安静を保ちます 軟らかい食事を食べたり、ミルクを飲みます	食事を食べたりミルクを飲むことができ、手術した傷の治りが順調であれば退院します
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 水分補給のための点滴を行います 唇に軟膏を塗ります 眠っている間はモニターをつけて呼吸の状態を観察します 	<ul style="list-style-type: none"> 唇に軟膏を塗ります 眠っている間はモニターをつけて呼吸の状態を観察します 術後4日目に栄養の管を抜きます。 栄養の管を抜いた後、飲んだり食べたりできれば点滴も抜きます。 	退院前に診察があります 
活動	<ul style="list-style-type: none"> おしゃぶりなどの硬いものを口の中に入れること、指しゃぶりは避けてください 栄養の管や点滴が抜けないように注意します ベッドサイドで抱っこができます 		退院後も手術後3週間は、おしゃぶりなどの硬いものを口の中に入れること、指しゃぶりは避けてください
食事	<ul style="list-style-type: none"> 栄養の管から、白湯・ミルク注入をします 吐き気や嘔吐がなければ、少しずつ量を増やします 	<ul style="list-style-type: none"> 軟らかい食事を食べ始めます ミルクの場合は、手術の傷に負担がかからないようにするため、哺乳瓶の乳首ではなく、シリンジを使って飲みます ストローや金属のスプーンは使用しないでください 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中と同じように軟らかい食事を食べてください。 ミルクの場合は、シリンジを使ってミルクを飲んでください
清潔	体拭きを行います	シャワーに入れます	退院後は、入浴可ですが、手術後3週間までは長時間の入浴は避けてください。
説明・指導	<input type="checkbox"/> 栄養の管が抜けないよう、腕や体の動きを制限するための固定具を使用します <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしないよう、腕の動きを制限するための固定具を使用します	<input type="checkbox"/> 院内の売店で、シリンジを購入してください <input type="checkbox"/> シリンジでミルクを飲ませる方法をご家族に説明し、練習していただきます <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしないよう、腕の動きを制限するための固定具を使用します	<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします 
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) _____			

2022/2/28 作成