

副耳の治療を受けられる 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: 副耳 症状: 副耳を認めます

| 経過 | 入院日 (/) | 入院2日目 (/) | 退院日 (/) |
|---|--|---|--|
| 患者目標 | 安心して手術を受けられる | <ul style="list-style-type: none"> 全身状態が安定している 傷に異常がない | <ul style="list-style-type: none"> 傷から出血がない 安心して退院ができる  |
| 治療・処置 | ()時にお薬を飲みます。または座薬を入れます。 | <ul style="list-style-type: none"> 手術後、点滴をします。 ご飯が食べられたら点滴を抜きます。 痛むときは鎮痛剤を使用します。 | 退院前に診察があります。 |
| 活動 | お薬を飲んだ後はふらつくこともあるため危ないので、ベッド上で過ごしてください。 | 手術後は目が覚めたら病棟内で自由に過ごせます。 | <ul style="list-style-type: none"> 病棟内で自由に過ごせます。 退院後の注意点は手術説明書を参照してください。 |
| 食事 | 入院後、手術までは指示があった場合以外は飲食禁止です。 | 1時間後、お茶又は水()ml 2時間後、お茶又は水()ml お茶、水などを飲んで吐かなければミルク(母乳)や食事が始まります。 | |
| 清潔 | 手術日なのでシャワーも体拭きもありません。 | | 退院後の注意点は手術説明書を参照してください。 |
| 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"/> 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・身体抑制同意書を看護師に渡してください。 <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"/> 手術後、医師から説明があります。  | <input type="checkbox"/> 退院後、特に制限はありません。 <input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物の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。 | | メモ: _____ _____ | |
| 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____ | | | |

2020/9/4 作成