

鼓膜チューブ留置（2泊3日）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: _____

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	入院して手術の準備をします			手術後に少しずつ食事や安静度を拡大していきます	家での過ごし方がわかって退院します
治療・処置	外来にて 血液検査・胸部レントゲン 麻酔科・耳鼻科診察		<ul style="list-style-type: none"> ()時坐薬を挿入します ()時お薬を飲みます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、点滴をします 飲水ができれば点滴を抜きます 	退院前に診察があります
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もあるため、危ないのでベッド上で過ごして下さい		<ul style="list-style-type: none"> 点滴が抜けないように注意して下さい 術後点滴が抜けたら病棟内自由です
食事	お昼より病院の食事が食べられます		<ul style="list-style-type: none"> 午前手術の場合、朝食はありません 午後手術の場合、朝食は軽食になります ()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 糖水又はお茶が()時まで()mlが最後です 	<ul style="list-style-type: none"> 1時間後お茶又は糖水()ml 2時間後お茶又は糖水()ml お茶、糖水などを飲んで吐かなければ、 ミルク(母乳)、食事が始まります 	
清潔			手術の日なのでシャワーも体拭きもありません		
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"/> 薬剤部からお薬の説明をします <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書を看護師に渡してください <input type="checkbox"/> 褥創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。	<input type="checkbox"/> 手術後、医師からお話があります	<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)

メモ: _____

2003/2/10 作成

2021/1/15 改訂