

アデノイド口蓋扁桃摘出術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 (/)	
			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
治療・処置	外来にて 麻酔科・耳鼻科診察 夜間酸素濃度を測定する器械をつけます(退院まで)		<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、鎮痛剤や水分補給の点滴・抗菌剤の注射をします
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ください
食事	<ul style="list-style-type: none"> 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 その後はお茶は自由に飲むことができますが、喉の痛みがあるため無理して飲む必要はありません 水分が問題なく摂取できたら、流動食を食べることができます
清潔	シャワーに入れます		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:	★前日までに手術同意書・麻酔承諾書に記入し、忘れずに持参してください。			

2016/12/1 作成
2021/12/8 改訂

アデノイド口蓋扁桃摘出術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3・4日目(術後1・2日目) (/)	入院5～6日目(術後3～4日目) (/)～	退院日(術後5日目) (/)
患者目標			家での過ごし方がわかって退院します
治療・ 処置	<ul style="list-style-type: none"> 術後2日目の昼まで、鎮痛剤、水分補給の点滴をします (食事が取れていたら点滴を外します) 点滴が外れた後は、内服/座薬での鎮痛剤を使用します 		退院前に診察があります 
活動	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内、自由です 点滴が抜けないように注意してください 	病棟内、自由です	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 飲み込むのが大変なのでお粥から食べ始め、適宜食事形態を変更していきます 食欲はあっても痛みのためにご飯が食べられないことがありますが、その時は食事の前に痛み止めのお薬を点滴か内服することでご飯を食べることが出来ます 		退院後1週間は固いもの(せんべい)、刺激物、揚げ物は控えて下さい
清潔	喉や鼻から出血する可能性があるのでシャワーに入れません が、毎日体を拭きます	シャワーに入る事ができます	
説明・ 指導			<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします <input type="checkbox"/> 運動、水泳の開始などは医師に聞いて下さい

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) _____

2016/12/1 作成
2021/12/8 改訂