

2泊3日 耳瘻孔手術を受けられる 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: 耳瘻孔 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	手術前の準備をします	手術後は、点滴が抜けないように気をつけて過ごします	手術した部位に問題なければ退院します
治療・処置	外来にて、 麻酔科・耳鼻科診察があります	()時 坐薬を挿入します ()時 お薬を飲みます	手術後、点滴をします 飲水ができれば点滴を抜きます 痛みがある時は、痛み止めを使います	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、ふらつくことがあり危ないのでベッド上で過ごして下さい	・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	お屋より病院の食事が食べられます	・ 午前の手術は朝食はありません ・ 午後の手術は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	・ 1時間後水又はお茶()ml ・ 2時間後水又はお茶()ml ・ 水またはお茶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	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		創部をこすらないようにしましょう
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・麻酔承諾書を看護師に渡して下さい <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。		メモ: _____		
患者・家族サイン: _____ (続柄) _____				

2017/11/1 作成
2020/9/1 改訂