



気切全麻下ファイバー治療を受けられる 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	全身状態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	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	お昼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)や食事が始まります	
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		
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。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____				
			メモ: _____ _____	