


陰のう水腫（2泊3日）の患者さん（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: 陰のう水腫 症状: 陰のうのふくらみ
 入院日:

| 経過 | 1900/1/0 | 1900/1/1 | | 1900/1/2 |
|----------------|---|--|--|--|
| | 入院日 | 手術前 | 手術後 | 退院日 |
| 患者目標 | <ul style="list-style-type: none"> お熱がありません 転倒転落しません | <ul style="list-style-type: none"> お熱がありません 転倒転落しません | <ul style="list-style-type: none"> お熱がありません 傷から血がでたり、腫れたりしていません | <ul style="list-style-type: none"> お熱がありません 転倒転落しません 安心して退院できます |
| 治療・処置 | | ()時に座薬またはお薬を飲みます | <ul style="list-style-type: none"> 手術の後は水分補給の点滴をしています 手術後食事が食べれば点滴を抜きます | |
| 活動 | 病棟内、自由です | 座薬やお薬を飲んだ後はふらつきがあり、危ないのでベッド上で過ごしてください | 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 | お昼より病院の食事が食べられます | <ul style="list-style-type: none"> 朝から食事はありません。 ()時のお茶()mlが手術前最後です。 ミルクまたは母乳を飲んでいる方は()時に()mlが手術前最後です。 | <ul style="list-style-type: none"> 1時間後飲水(:) 2時間後飲水(:) 2時間後飲水が問題なくできれば、食事が開始となります | 朝食が食べられます  |
| 清潔 | シャワーに入ります | シャワー浴、体拭きはありません | | |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 明日の手術時間のお知らせをします <input type="checkbox"/> 手術同意書、麻酔同意書、身体抑制に関する同意書を看護師にお渡しください <input type="checkbox"/> 薬剤師より常用薬の確認、お薬の説明があります | | <input type="checkbox"/> 手術の後、医師からお話しがあります | <input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします <input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物がないか確認をお願いします |
| 「栄養管理/褥瘡対策」要判断 | <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性 | X | 実施有無: <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 日程: |
| | <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性 | | 内容: | 「手術/検査日程」要入力 |

主担当医氏名: 印 主担当医以外の担当者: _____

注) 上記の内容・期間は現時点で考えられるものであり、今後状態の変化に応じて変わることが考えられます。

 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: _____

