

膀胱鏡・尿管ステント（手術当日入院）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: 症状:
入院日:

経過	手術日		退院日
	1900/1/0（入院日）		1900/1/1（退院日）
	手術前	手術後	
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">お熱や痛みがありません手術部を安静に保ちます	<ul style="list-style-type: none">お熱や痛みがありません手術部を安静に保ちます転倒転落せず歩行ができます
治療・処置	<input type="checkbox"/> 手術前に浣腸があります <input type="checkbox"/> ()時に座薬またはお薬を飲みます	<input type="checkbox"/> 術後は水分補給の点滴が入ってます <input type="checkbox"/> 術後に1回、抗菌薬を点滴から投与します <input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します	<input type="checkbox"/> 1日1回眠前に抗菌薬を内服します (内服不要の場合もあり) <input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めを使用します
活動	<ul style="list-style-type: none">座薬またはお薬を飲みましたらベッド上で過ごして下さい手術前のお薬がない場合、病棟内自由です	<ul style="list-style-type: none">術後はベッド上で安静にしてくださいトイレへの歩行は可能です点滴が抜けないよう注意してください	<ul style="list-style-type: none">病棟内、自由です
食事	<ul style="list-style-type: none">手術のため朝食は食べないで下さい()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(座って食事ができます)	<ul style="list-style-type: none">朝食が食べられます
清潔	手術当日はシャワー浴はありません		退院日のため、シャワー浴はありません
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <input type="checkbox"/> 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看護師にお渡しください	<input type="checkbox"/> 手術後、医師からお話があります <input type="checkbox"/> 薬剤師による常用薬の確認、お薬の説明があります	<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 <input type="checkbox"/>	「手術/検査日程」要入力	実施有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 日程: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性 <input type="checkbox"/>		内容: <input type="text"/> 膀胱鏡・尿管ステント

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:

2024/3/28 作成