



鼓膜チューブ留置（2泊3日）の治療を受ける患者さん

（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:

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	入院して手術の準備ができる	手術前の準備ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・出血がない ・手術後に少しずつ食事や安静度を拡大できる 	家での過ごし方が分かる
治療・処置	外来で麻酔科と耳鼻科の診察があります	<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、点滴をします ・飲水ができれば点滴を抜きます 	退院前に外来で診察があります
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ます。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下さい ・手術後、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	<ul style="list-style-type: none"> ・午前手術の方：朝食はありません ・午後手術の方：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	シャワーに入ることができます	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"/> お時間までに病室にお越しください 午前、手術室に入室の方： 8時 午後、手術室に入室の方： 11時	<input type="checkbox"/> 手術後、医師からお話があります <div style="text-align: center;"></div>	<input type="checkbox"/> 次回外来日をお知らせします
「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	「手術/検査日程」要入力	実施有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日程:
	<input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性		内容: 鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	

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: _____
