

Qスイッチアレキサンドライトレーザー治療の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: @PATIENTID 性別: PATIENTSEX 生年月日: @PATIENTBIRTH 病棟: @PATIENTWARD 病室: @PATIENTROOM
 患者氏名: @PATIENTNAME 病名: 太田母斑 症状: 顔の青いあざ

経過	入院日 (/)	入院2日目 (/)	退院日 (/)
患者目標	入院・手術の準備をします	手術前の準備をします	<ul style="list-style-type: none"> 点滴が抜けるまでは、ベッド上で安静に過ごします 退院後の生活の注意点について説明を聞き、食事が食べられたら点滴は抜きます
治療・処置	外来にて 皮膚科・麻酔科診察があります 	()時にお薬をのみます 病棟を出る時、筋肉注射をする場合があります	<ul style="list-style-type: none"> 手術後しばらくは点滴はつけたままです 食事が食べられたら点滴は抜きます 
活動	病棟内は自由です	坐薬を挿入したら、またはお薬をのみましたら、 ベッド上にいてください	点滴が抜けたら病棟内は自由に動けます
食事	お昼より病院のお食事が食べられます	<ul style="list-style-type: none"> 朝のお食事はありません ()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 ()時頃()ml 糖水又はお茶は()時頃()mlが最後です 	お茶、ミルクなどを飲んで吐かなければ、お食事が始まります お茶: 時頃 ml ミルク: 時頃 ml 食事: 時頃
清潔	お風呂に入れます		<ul style="list-style-type: none"> 手術当日は創部を濡らさないでください 入浴が難しいときは、体拭きをしてください 手術翌日からは、優しく泡で洗浄してください (外来レーザー照射時、渡されたプリントを参考にしてください)
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします <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) 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 午前中の手術室入室の場合は8時までに、午後の手術室入室の場合は11時までに病室へお越しください。		<input type="checkbox"/> 手術の後、医師からお話があります <input type="checkbox"/> 医師から薬の塗り方についてお話があります <input type="checkbox"/> 次回外来日の確認をします

主担当医氏名: @PRIMARYDOCTOR 印 主担当医以外の担当者: _____
 @TODAY 上記の説明を受けました。 _____
 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____

メモ: _____

2007/1/15 作成
2021/1/7 改訂