

ペースメーカー電池交換を受けられる患者さん

(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: 症状:

経過	入院1日目(手術前日) (/)	入院2日目(手術当日) (/)	入院3日目(術後1日目) (/)	退院 (/)
患者目標	不安なく手術が迎えられる	全身状態が安定している	創部の異常がない	不安なく退院を迎えられる
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 外来にて血液検査・レントゲン・心電図検査、麻酔科の診察があります 病棟にて心電図モニターをつけます 	() 時頃、手術室へ行きます 【手術後】 <ul style="list-style-type: none"> 持続点滴をしています 抗生物質を使用します 食事がとれたら持続点滴を中止します 	レントゲン撮影をします 抗生物質を使用後、食事がとれていれば点滴を抜きます	
活動	病棟内を自由に過ごせます(20歳以上の方は院内自由です)	術後1時間はベッド上で過ごしましょう それ以降は病室内自由です	病棟内を自由に過ごせます(20歳以上の方は院内自由です)	病棟内を自由に過ごせます(20歳以上の方は院内自由です)
食事	制限はありません アレルギー等あればお知らせください 	【術前】 朝は(禁食・術前軽食)です 水かお茶を() 時頃() mlが最後です 【術後】 1時間後、2時間後に水かお茶を() ml飲みます 飲水して嘔吐がなければ食事ができます	制限はありません	制限はありません
清潔	お風呂に入れます	入浴できません	シャワーができます	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <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"/> 手術の時間をお知らせします <input type="checkbox"/> 手術同意書・麻酔承諾書をいただきます <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性を評価します(有・無)			次回の外来の説明をします 次回外来予定日 (/)

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:

2021/1/15 作成

2021/5/14 改訂