

副耳の治療を受けられる 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: 副耳 症状: 副耳を認めます

経過	入院日 (/)	入院2日目 (/)	退院日 (/)
患者目標	安心して手術を受けられる	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態が安定している 傷に異常がない 	<ul style="list-style-type: none"> 傷から出血がない 安心して退院ができる 
治療・処置	()時にお薬を飲みます。または座薬を入れます。	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、点滴をします。 ご飯が食べられたら点滴を抜きます。 痛むときは鎮痛剤を使用します。 	退院前に診察があります。
活動	お薬を飲んだ後はふらつくこともあるため危ないので、ベッド上で過ごしてください。	手術後は目が覚めたら病棟内で自由に過ごせます。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内で自由に過ごせます。 退院後の注意点は手術説明書を参照してください。
食事	入院後、手術までは指示があった場合以外は飲食禁止です。	1時間後、お茶又は水()ml 2時間後、お茶又は水()ml お茶、水などを飲んで吐かなければミルク(母乳)や食事が始まります。	
清潔	手術日なのでシャワーも体拭きもありません。		退院後の注意点は手術説明書を参照してください。
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします。 <input type="checkbox"/> 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・麻酔同意書・身体抑制同意書を看護師に渡してください。 <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)	<input type="checkbox"/> 手術後、医師から説明があります。 	<input type="checkbox"/> 退院後、特に制限はありません。 <input type="checkbox"/> スタッフとお忘れ物の確認をお願いします。
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: _____ _____	

2020/9/4 作成