

# 骨盤位外回転術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    | 入院日( / )  |   | 退院日  |
|-------|---|---|--|
|       | 手術前   | 手術後   | ( / )  |
| 患者目標  | 胎児心拍に問題なく外回転を迎えることができる  | 外回転の合併症がない  | 外回転の合併症なく退院できる   |
| 治療・処置 | 超音波で赤ちゃんの胎位を確認します<br>身長・体重測定をします<br>点滴を取ります(お腹の張りを和らげる点滴をします)<br>手術室へ行く前に吐き気止めの点滴をします<br>NSTモニターをつけます   | 帰室後よりNSTモニターを付けます(2時間程度)<br>歩行後お小水の管と点滴を抜きます<br>夜寝る前にNSTモニターを付けます | 朝、NSTモニターをつけます<br>超音波検査があります<br>麻酔科医師が背中のカテーテルを抜きます  |
| 活動    | 特に制限はありません  | 帰室後2時間まではベッド上安静です<br>歩行後から病棟内は自由です                                | 病棟内は自由です   |
| 食事    | 手術までは飲水・食事はできません  | 帰室後から飲水はできます<br>夕食からお食事を用意させていただきます                               | 朝食まで病院でご用意します  |
| 清潔    |   | 体拭きをさせていただきます   |  |
| 説明・指導 | <input type="checkbox"/> 入院中(外回転術)のスケジュールについて説明します<br><input type="checkbox"/> 内服しているお薬がある方はお知らせください<br><input type="checkbox"/> 髪の毛の長い方は飾り・金具のないゴムで結んでください<br><input type="checkbox"/> 外回転・麻酔・帝王切開・輸血・帝王切開麻酔の同意書をお預かりします<br><input type="checkbox"/> 褥瘡計画に関する計画の必要性について評価します(有・無)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 薬剤師からお話があります |   | <input type="checkbox"/> 次回外来受診の予約をします<br><input type="checkbox"/> 退院後の注意点について説明します<br><input type="checkbox"/> 忘れ物がないか確認します<br><input type="checkbox"/> 分娩入院の際にお産セットを忘れずに持参してください |

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: \_\_\_\_\_