


乳癌腋窩廓清(乳房切除もしくは乳房温存)で入院された方へ			入院診療計画書		患者番号: 患者氏名:	様
日付	入院日(手術前日)	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	術後1日目	術後2日目	
目 標	・手術の予定や注意事項が理解できる	・不安なく手術が受けられる		・歩行ができ、創部の異常がない		
内 服	・持参薬は看護師に渡してください ・眠れない時は看護師までお知らせ下さい	・医師より許可のあるお薬を ()時まで内服してください		・内服がある場合は、医師の許可があれば 内服再開となります ・痛み止めを内服します		
注 射		・手術室への入室時間によって手術前に点滴を行うことがあります	・点滴があります			
検 査	・がん医療センターでエコーを行います					
処 置	・うがい、深呼吸の練習をします 	・手術衣に着替え、弾性ストッキングを履きましょう	・心電図モニターを装着し、血圧・脈拍・体温を測定し、酸素吸入をします ・痛みの強い場合は坐薬または注射の鎮痛剤で軽減できます ・胸に管が入っています	・朝、酸素・モニターを外します ・清拭・更衣を行います ・検温は3回行います ・肘の曲げ伸ばしができます	・検温は2回です	
食 事	・夕食まで常食がでます ・24時以降は絶食になります (24時以降は水・お茶・ポカリスエット・OS-1のみ飲水可能です)	・絶食です。飲水(水・お茶・ポカリスエット・OS-1のみ)は ()時まで可能です	・絶飲絶食です ・喉が渴いたらうがいをしましょう ・うがいは看護師がお手伝いします	・医師回診後より水分開始です ・昼より食事が始まります(五分粥) ・夜から常食になります 	・常食です	
活 動	・病院内自由です		・安静ですが、寝返りはできます (痛みがあるときはお手伝いします)	・トイレ歩行ができます ・初めてトイレへ歩く時はナースコールでお知らせください	・病院内自由です	
排 泄		・手術前にトイレを済ませてください	・尿の管が入っています ・お通じがしたい時は介助します	・尿の管を抜く予定です		
清 潔	・入浴は自宅で済ませておいてください	・起床後、洗面を済ませてください		・朝、洗面のお手伝いをします ・9時過ぎに身体を拭き着替えをします	・下半身シャワー浴が可能です	
説 明	・手術同意書をお預かりします ・手術後の経過について説明します		・手術終了時、主治医より手術の説明があります (手術終了時に4階の説明室にご案内します)	・週明け、リハビリが始まる予定です また、術後リンパ浮腫についての説明もあります ・ご自身のパジャマに着替える場合はCSセットを終了しますので看護師にお知らせください		
その他	【手術に必要な準備物】 ・バスタオル2～3枚、タオル2～3枚、パンツ、汚れた物を入れる袋、半袖の前開きのシャツ(マジックテープ式)2～3枚、ティッシュペーパー1箱、歯ブラシセット、テープタイプのオムツ1枚(売店で単品販売あります) 手術当日は病院のパジャマを使用しますので、CSセットの加入をお勧めします		★手術中、家族は個室か病棟デイルームでお待ちください(病棟を離れる場合は必ず看護師にお伝えください)			

※これはあくまでも予定です、場合によっては予定通りにいかないこともありますので、ご了承ください

福井県立病院 外科 乳癌腋窩廓清(乳房切除もしくは乳房温存)で入院された方へ 2024年7月改訂

	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目
目 標	・痛みを我慢しない ・身の回りのことができる				→ ・日常生活が自立できる
内 服					
注 射					
検 査					
処 置	・検温は1回行います ・術後リハビリ開始から腕の上 げ下げができます				→ 
食 事	・常食です				→
活 動	・病院内自由です				→
排 泄					
清 潔	・洗髪の介助をします ・下半身シャワー浴が可能です	・身体を拭き、更衣を行います		・管がなく、主治医の許可があればシャワーができます	→
説 明				・退院までに下着の説明があります	
その他	・ケロイドの予防のため、テープ療法を行います(再診時に開始します) ・テープかぶれの場合は、かぶれが改善するまで貼り付け中止になります ・退院後約3ヶ月までテープ療法は行います(テープは売店にて販売しています、再診までにご準備ください) 放射線療法が始まると、中止になります			・状態に合わせて主治医と退院の相談をしていきましょう	
主治医名 _____ 担当医名 _____ 主治医以外の担当者:看護師					
管理栄養士 _____ 栄養管理の必要性 有り _____ リハビリ担当: _____					
上記について説明を受けました _____ 署名 _____ ご本人以外の場合患者様とのご関係()					