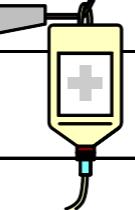
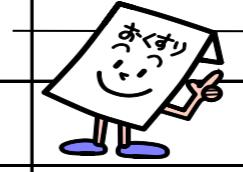


乳房再建(TE挿入)で入院された方へ		入院診療計画書		患者番号: 患者氏名: 様	
	入院日(手術前日)	手術当日 (手術前)	手術当日 (手術後)	術後1日目	術後2日目
目標	手術の予定や注意事項が理解出来る	不安なく手術が受けられる	痛みを我慢しない 全身状態が安定している	歩行でき、創部の異常がない	→
内服	・持参薬は看護師にお渡してください ・眠れない時はお知らせください			・医師の指示で内服再開します ・痛み止めを内服します	
注射		・手術室への入室時間によって 手術前に点滴を行うことがあります	・点滴があります		→
検査	・12時30分よりがん医療センターでエコー検査、続けてRI検査を行います				
処置	・含嗽、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、酸素吸入を行います ・痛みがある場合は坐薬または注射の鎮痛剤で軽減できます	・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 ・医師の許可があれば手術側の腕を曲げ伸ばしできます (上下には動かさないでください)	・検温は2回です ・医師の許可があれば手術側の腕を上げることができます
食事	・夕食まで常食ができます ・24時以降は絶食です (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	・医師回診後水分を開始します ・昼から5分粥です ・夜から常食です	 ・常食です
安静	・病院内自由です		・安静ですが、寝返りはできます(管がある場合や、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・歯磨きを済ませましょう		・朝、洗面のお手伝いをします ・身体を拭き、更衣を行います	・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		・手術終了後、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)	・ご自身のパジャマに着替える場合はCSセットを終了しまでの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、半袖の前開きのシャツ(マジックテープ式)2~3枚、パンツ、汚れたものを入れる袋、テッショーパー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)、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、ご家族は個室か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 乳房再建(TE挿入)で入院された方へ 2024年7月改訂

乳房再建(TE挿入)で入院された方へ					
	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7・8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 退院後の注意事項について理解できる
内服	・医師の指示で内服再開します ・痛みがあれば痛み止めの内服薬をお渡します				→
注射					
検査					
処置	・検温は1回です (病状が安定している場合)				→
食事	・常食です				→
安静	・病院内自由です	・医師の許可があれば、手術側の腕を上げる練習を開始しましょう			→
排泄	・トイレ歩行時ふらつきがある場合は看護師にお知らせください				→
清潔	・洗髪の介助をします ・下半身シャワー可能	・身体を拭き、更衣を行います		・洗髪の介助をします	・管がなく、主治医の許可があればシャワーができます ・退院までに下着の説明があります
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケロイド予防の為、テープ療法を行います。(最初の再診時に開始します)</li> <li>・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。</li> <li>・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。再診までに購入しておいて下さい)</li> </ul>				
主治医名		担当医	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			
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( )		