

子宮脱手術で入院された方へ

入院診療計画書

患者番号:

患者氏名:

様

日付	手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)
目標	◎治療内容や手術までの流れがわかる	◎予定通り手術を受けることができる	◎安静、絶飲絶食が守れる ◎痛みを我慢しない
内服	・21時に下剤を服用します		
検査			
注射		・午前中に点滴が1本あります	・点滴は手術後から翌日まで持続してあります
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃内服しているお薬を看護師にお見せ下さい ・マニキュアやつけ爪のある方は入院前に取っておいてください ・夕食後に浣腸があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・手術前に体温や血圧を測ります ・7時頃に浣腸があります ・手術の時間が近づいたら、肺塞栓症予防のストッキングを着用し術衣に着替えてください 	<ul style="list-style-type: none"> ・体温や血圧を時間毎に測定します ・2~3時間酸素吸入をします ・心電図モニターを装着します ・手術の傷やパットに出血がないか観察していきます ・痛みがある時は、痛み止めを使用しますので我慢せずに伝えてください
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・夕食は流動食です ()時より絶食です 	<ul style="list-style-type: none"> ・絶食です ・水分(水・お茶・白湯)は()時まで飲むことができます 	・絶飲絶食です
活動	・病院内自由です	・4階の手術室に歩いて行きます	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上安静です ・寝返りはうつことができます
排泄			・手術室で尿の管が入ります
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前に自宅で入浴またはシャワーを行ってきてください 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝は普段どおり洗面・歯磨きを行ってください(化粧はしないでください) ・入浴やシャワー浴はできません 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> ・用意していただいた準備物を看護師が確認させていただきます ・指輪をつけている方は外してきていただくか、外れるかを確認してきてください 		・血栓予防のため足首や足の指を動かしましょう
その他	<p>【手術に必要なもの】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前開きシャツ 1枚 ・バスタオル 2枚、タオル 2枚 ・ショーツ 1枚 ・生理用ナプキン(昼用)1袋 ★テープ式オムツ 1枚・尿取りパット 1枚 (オムツは売店で購入いただくか、CSセットをご利用下さい) ★弾性ストッキングが必要となった方は、入院後に病棟でお渡しします 	<p>◆ご家族の方は、手術が終わるまで院内待機をお願いします。 手術が終了したら、看護師がご連絡いたします。 院内から離れず、ご連絡をお待ち下さい。</p> <p>◆手術後、主治医から手術の説明があります。 (手術室に行く際に、4階説明室をご案内します)</p> 	

日付	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6~8日目
目標	◎痛みを我慢しない ◎室内を歩くことができる	◎歩くことができる ◎排ガスがある		◎身の回りのことができるようになる ◎残尿が50ml以下になる		◎退院後の注意事項がわかる
内服		・排便による苦痛を和らげるために緩下剤が処方されます。 便が出にくいときは看護師にご相談ください				
検査	・血液検査があります					・術後5日目に尿・血液検査があります
処置						
食事	・昼食時より飲水できます ・夕から五分粥食がでます	・朝から全粥食がでます ・昼から普通食がでます				
活動	・看護師と一緒に歩けることを確認して問題なければ尿の袋を持って歩くことができます		・病棟内自由です			・病院内自由です
清潔	・洗面のお手伝いをします ・看護師が体を拭きます		・シャワーができます(尿の管が入っていても可能です)			
排泄	・尿の管が入っています		・尿の管を抜きます。その後、排尿ごとに残尿測定をします。 残尿が50ml以下になれば残尿測定を終了します			
説明		・残尿測定についての説明があります	・看護師が退院後の生活の注意点を説明します			
その他						
※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。						
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		リハビリ担当者:		
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()		