

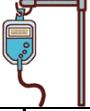
卵巣腫瘍手術を受けられる方へ

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分かる	◎予定通り手術を受けることが出来る	◎安静や絶飲絶食が守れる ◎痛みを我慢しない
内服	・21時に下剤を服用します 		
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
検査	採血があります		
処置	・日頃内服しているお薬を看護師に見せて下さい ・自宅で陰部の毛をはさみで1cm程度に切っておいてください(カミソリは使用しないでください) 必要があれば手術室で剃ります ・マニキュアやつけ爪のある方は取ってきて下さい ・おへそをきれいにさせていただきます ・夕食後に浣腸があります	・朝、手術前に血圧や体温等を測ります ・7時頃に浣腸を行います ・手術の時間が近づいたら、肺塞栓予防の為の弾性ストッキングを着用し、術衣に着替えてください	・体温や血圧を時間毎に測ります ・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 ・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 ・腹部に管が入っています ・背中に痛み止めの管が入っています
食事	・夕食は流動食になります (　)時より絶食です	・絶食です ・水分(水・茶・白湯)は(　)時まで飲むことができます	・絶飲絶食です 
活動		・4階の手術室に歩いて行きます	・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	・入浴またはシャワーをしてください	・朝は普段通り洗面・歯磨きを行って下さい(化粧はしないでください) ・入浴やシャワーはできません	
説明	・用意していただいた準備物を看護師が確認させて頂きます ・指輪をついている方は外してきていただくか、外れるか確認してきてください		・血栓予防のために足首や足の指を動かしましょう
その他	【手術に必要なもの】 ・前あきシャツ1枚・バスタオル1枚・ショーツ・生理用ナプキン(昼用) ・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	★ご家族の方は手術が終わるまで院内で待機するようお願いします。 ご家族の方に手術が終了したら看護師から連絡があります。携帯電話をお持ちになって、すぐに連絡がとれるようにしてください。 ★手術後、ご家族の方に手術の説明が主治医よりあります。 手術室に行く際に4階説明室をご案内します。	

※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 婦人科 卵巣腫瘍手術を受けられる方へ 2024年8月改訂

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日目～退院				
目標	◎指示の安静、絶飲絶食が守れる ◎痛みを我慢しない	◎痛みを我慢しない ◎室内を歩くことができる	◎身の回りのことが出来るようになる ◎排便のコントロールが出来る		◎日常生活の注意事項が理解出来る					
内服		・排便による苦痛を和らげる為に、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。								
注射	・点滴があります ・血栓予防の皮下注射があります									
検査	血液検査があります 				血液・尿検査があります					
処置	・心電図モニターを外します		・背中の痛み止めの管を抜きます ・腹部の管からの排液が少なくなれば医師が抜去します		・術創についている金具を取ります	・退院前の医師の診察があります				
食事	・絶飲絶食です	・朝食時から飲水できます ・昼から流動食が出ます	・朝から五分粥食、夕は全粥食がでます	・昼から普通食がでます(治療食となる場合があります) 						
活動	・ベッド上で体を起こして座ります	・看護師と一緒にベッドの横に立ち、歩いてみます	病棟内自由です							
排泄	・尿の管が入っています	・トイレまで歩行できることを確認して尿の管を抜きます								
清潔	・洗面のお手伝いをします ・看護師が体を拭きます	・洗面のお手伝いをします		・洗髪をします。創部に管が入っていなければシャワーが出来ます (管が入っているときは体を拭きます)						
説明					・看護師が日常生活の注意点を説明します ・看護師がリンパ浮腫について説明します					
その他				<p>★創部はケロイド予防の為、テープで保護します。 術後1ヶ月間は継続して行ってください。 (テープは売店で購入してください) アトファインテープLサイズ(6枚):1800円</p>						

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 あり

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()