

口蓋扁桃摘出術 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  |  | 手術後1日目  | 手術後2～3日目            | 手術後4～5日目  | 手術後6～8日目  |
|--|--|---|--|---|---------------------|---|---|
|  |  | 手術前   | 手術後  |   |                     |   |   |
| 目標   | ☆入院生活に慣れ、心身ともに手術に向けて準備ができる                       | ☆予定通り手術が受けられる   | ☆術後の安静が守られる<br>☆出血がない<br>☆痛みを我慢しない   | ☆出血がない<br>☆創痛が軽減し食事が摂取できる<br>☆術後の注意事項が理解できる   | ☆出血がない<br>☆食事が摂取できる |   |   |
| 内服   | ・普段から飲まれているお薬は、特別な指示がない限り服用を継続して下さい              | ・医師の指示で当日も内服を継続する場合があります（看護師よりお知らせします）  |  |  |                     |   |   |
| 注射   |  |  | ・点滴があります<br>・気分が悪くなったり、体に異変を感じる場合はお知らせ下さい（手術日は手術中と手術後、術後1～3日目までは午前と午後に抗生剤の点滴があります） | ・発熱や出血等の異常がなければ点滴はありません   |                     |   |   |
| 処置   | ・9北病棟の処置室②で診察があります<br>放送が入りましたら処置室前の椅子に掛けてお待ち下さい |   | ・痛みが強い場合は痛み止めの薬を使用します<br>・酸素吸入をします   | ・9北病棟の処置室②で診察があります<br>・放送が入りましたら処置室前の椅子に掛けてお待ち下さい                                   |                     |  |   |
| 食事   | ・（ ）時以降は絶食です<br>水分については担当看護師より説明があります            | ・絶食です<br>・手術が午後の方は（ ）時に水分（水または茶）を200ml程度飲んで下さい。                                   | ・手術後4時間は絶飲食です<br>水分摂取が出来るようになります   | ・流動食（重湯）  | ・五分菜食（全粥）           | ・軟菜食（全粥）  | ・軟菜食（軟飯）<br> |
| 活動   | ・特に制限はありません                                      |   | ・手術後4時間はベッド上安静です   | ・病院内を歩行可能です   |                     |   |   |
| 排泄   | ・特に制限はありません                                      | ・手術直前にトイレを済ませて下さい   | ・手術4時間後からトイレ歩行開始となります  | ・特に制限はありません   |                     |   |   |
| 清潔   | ・手術前日は必ずシャワーか入浴をして下さい                            | ・手術室に行く前に歯磨きを（男性は髭剃りも）済ませて下さい   |  | ・手術後1日目からシャワー浴ができます   |                     |   |   |
| 説明   | ・手術同意書を看護師に提出して下さい                               | ・貴金属、化粧、湿布、義歯など外せるものは全て外して下さい<br>※髭があると麻酔の管の固定ができず危険ですので、必ず髭剃りをして下さい              | ・ご家族は手術予定時間の30分前までにお越し下さい<br>・手術中はデイルームか病室でお待ち下さい                                  |   |                     | ・診断書類、入院費については病棟担当の医事課職員にご相談下さい<br>・請求書は退院が決まりましたら医事課職員が病室までお持ちします                  |   |
| ※これはあくまでも予定であり、場合によっては予定通りにいかない事もありますので御了承ください |  |   |  |   |                     |   |   |
| 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：   |                     |   |   |
| 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（ ）   |                     |   |   |