

入院診療計画書（肺部分切除術を受けられる方へ）

ID番号: <<SYPID>>
 入院科/病棟: <<INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME>> / <<OREVF_A>>
 担当看護師: <<ORDCT_N_A>>

患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様
 主治医: <<ORDCT_S_A>> (印)
 主治医以外の担当者: 薬剤師

生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY_W>> (<<ORIBP_BIRTHDAY>>)
 担当医: <<ORDCT_T_A>>
 管理栄養士

病名: _____

作成2016年10月21日

月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	
経過	入院～手術前日	手術当日		術後1日	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6～7日目頃（退院）
目標	・入院生活に対する理解ができる。 ・手術の心構えができる	手術が安全・安楽に受けられる	・痛みのコントロールができる ・水分が摂取できる	・痛みのコントロールができる ・食事が摂取できる ・坐位、立位ができる	・痛みのコントロールできる ・歩行ができる		シャワー浴ができ、清潔が保てる		退院できる
検査		がんばりましょう！	・血液検査 ・レントゲン				・血液検査 ・レントゲン		・血液検査 ・レントゲン
治療・処置			・尿管、胸の管、背中から痛み止め の管が入っています ・心電図や酸素濃度のモニターをつ けます ・酸素、去痰剤の吸入	・酸素、去痰剤の吸入 ・リハビリを開始します	・去痰剤の吸入 ・酸素を中止します ・尿管、胸の管を抜き ます	背中 の痛み止めの管を抜 きます	本日で去痰剤の吸入 は終了です	本日で去痰剤の吸入 は終了です	本日で去痰剤の吸入 は終了です
観察	検温（体温・脈拍・血圧・酸 素濃度測定など）があり ます		検温は2時間ごとです	検温は4時間ごとです	検温は6時、10時、14時、18 時、22時です	検温は6時、14時、18 時です	検温は6時、14時です	検温は14時です	
注射				食事が食べられれば（目安 1/3くらい）点滴は本日で終 了です					
内服	・薬剤師と看護師が内服 薬を確認します ・寝る前に眠剤を内服し ます。	担当医より指示された薬のみ内 服します		・痛み止めの薬を開始しま す ・普段飲んでいる薬 は、医師の指示があつてか ら内服を開始します					退院時、必要な分の薬が処方 されます
食事	手術前の食事については 医師から指示がでます ／（ ）まで食事摂 取可能	時以降 飲食はできません	手術4時間後より飲水ができま す	朝から食事ができます	食事の制限はありません。ご自分のペースで食事を食べてください。				
生活・行動 リハビリ	・必ず禁煙して下さい ・呼吸訓練（スーフル）	歩行で手術室行きます。歩行が 困難な場合には車いすで移動し ます		・呼吸訓練再開します ・座位の練習、立位の練習 などリハビリを開始します ・体拭きをします	・入浴できない間は体拭 きをします ・歩行の練習をします		管がすべて抜けれ ば、シャワー浴が可 能となります		退院許可が出たら 退院です
指導・説明	・看護師から入院生活、手 術の準備について説明が あります ・医師から病状・治療手 術について説明あります ・麻酔科医、手術室看護 師が訪問にきます	家族の方は病室、もしくは家族 控室でお待ちください。	手術終了後、手術の結果につい てご家族に説明があります	ポイント！ なるべく早期に体を起こしたり、歩いた方が回復が早 まります			看護師より、退院後 の生活についての説 明をします。	退院後の外来受診日の予約票 をお渡しします。予約日前に 異常があるときはご連絡後早 めの受診をお願いします。	高熱が続く時 傷が赤く腫れたり膿が出る

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。
 注2) 入院期間については現時点で予測されるものです。
 ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 有 無

特別な栄養管理の必要性
有 無

総合的な 機能評価	基本的生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	日常生活動作	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察
	気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>

説明者

説明を受けた人

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター付属病院
 パス承認番号 (No. 82) 承認年月日 (2016年11月10日)

続柄

()