

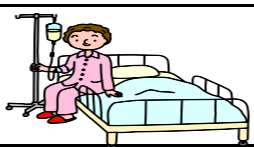


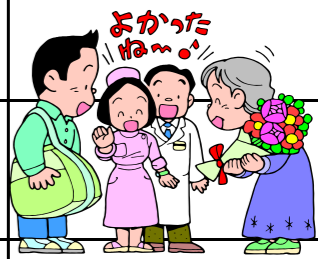




## 入院診療計画書（口蓋扁桃摘出手術を受けられる方へ）

ID: <<SYPID>>      患者氏名: <<ORIBP\_KANJI>> 様      生年月日: <<ORIBP\_BIRTHDAY\_W>>(<<ORIBP\_BIRTHDAY>>)      病名(症状): \_\_\_\_\_  
 入院科/病棟: <<INDICATESTAFF\_SELECTEDDEPT\_NAME>> / <<OREVF\_A>>      主治医: <<ORDCT\_S\_A>> 印      担当医: <<ORDCT\_T\_A>> \_\_\_\_\_  
 担当看護師: <<ORDCT\_N\_A>>      主治医以外の担当者: 薬剤師      管理栄養士 \_\_\_\_\_

	入院(手術前日)	手術当日		術後1日	術後2日	術後3、4日	術後5日～退院前日	退院日
月日	/	手術当日(術前)	手術当日(術後)	/	/	/	/	/
経過	入院	 手術中						退院
目標	手術の必要性が理解できる不安なく手術が受けられる		麻酔から覚め全身状態が安定する 創部からの出血がない	痛みが無く食事ができる 創部からの出血がない	痛みがコントロールされている 創部からの出血がない	創部からの出血がない	創部からの出血がない	退院後の生活(活動・仕事など)に不安がない 創部からの出血がない
治療・処置		手術 手術前から点滴を始めます	麻酔が覚めるまで酸素を吸入します 点滴(補液、術中・術後の抗生剤)	点滴(補液、朝・夕の抗生剤) のどの吸入を行います	点滴(補液、朝・夕の抗生剤) 食事可能なら点滴は終了します			
検査	必要な検査があれば行います			血液検査を行います				
内服	普段から飲んでいる薬は飲んでください(薬によっては中止することもあります)	医師から指示のあった薬は飲んでください		鎮痛剤など、くすりの内服(医師の指示を得て)を始めます		抗菌剤の内服を始めます	→	
食事	夜9時以降は絶食です 水分は指示された時間までとってかまいません	絶食水です(うがいや歯磨きは可能です)	術後、医師の指示を得て、水分のみ摂取可能となります	流動食(重湯)	3分粥 	5分粥～7分粥	全粥～常食	
看護	体温・脈拍・血圧を測定します 入浴できます		体温・脈拍・血圧を測定します 痛みのコントロールを行います(痛みは我慢せずにお知らせください)	体温・脈拍・血圧を測定します 清拭を行います 病棟内のみ動けます	体温・脈拍・血圧を測定します 創の状態によりシャワー浴ができます 院内は自由に動けます	→		創の状態により入浴できます
リハビリ			麻酔が覚めれば看護師同伴でトイレまで歩けます					
説明	手術の説明があります		術後の説明があります ※ご家族は手術中、病棟で待機しててください				退院について不安なことがあればお尋ねください。	おめでとうございます

特別な栄養管理の必要性  有  無

高齢者総合評価の実施  有  無  
総合的な機能評価

- |         |                               |                                      |
|---------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 基本的生体動作 | <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 |

注1 入院期間については現時点で予想されるものです。  
注2 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

以上の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>

説明者: \_\_\_\_\_  
説明を受けた人: \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院 2014/4/20作成

パス承認番号 (No. 44) 承認年月日 (2015年1月14日)