

入院診療計画書(脳腫瘍摘出術を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID
 病名 (他に考える病名)
 担当医師 @USERNAME 印

氏名 @PATIENTNAME 様

症状

@PATIENTWARD

病棟

@PATIENTROOM

号室

その他の担当者名 @SYSDATE

月日	経過	治療前	治療後	治療後1日目	治療後2日目	治療後3日目	治療後4~6日目	治療後7日目	治療後8日目~退院日
	入院日(治療前日)								
目標	○治療の方針が理解できる。	9時から手術室で治療が開始となります。		○出血や状態の悪化なく経過する。		○創部の出血や状態の悪化なく経過する。		○創部の出血や状態の悪化なく経過する。	○状態の悪化なく経過する。
検査	○血液検査を行います。			○血液検査、MRI、CT、レントゲン検査を行います。		○血液検査を行います。		○血液検査を行います。	
治療		8時45分までに手術室へ入室します。入室時は身体状態に合わせた移動手段を検討します。治療後はベッドで移動しICUへ入室します。						○手術時の傷の処置を行います。	
処置	○入浴していただきます。	治療前の準備 □パンツ以外の下着は脱ぎ、検査着に着替えます。 □義歯、眼鏡、時計、指輪、湿布などの身につけている物は全て外します。 □化粧品やマニキュアを塗っている場合は落としましょう。男性は髭を剃りましょう。 □弾性ストッキングを装着します。 *直前に再度看護師が確認します。	手術室入室後に点滴ライン、尿の管が挿入されます。心電図・酸素モニターが装着されます。麻酔により呼吸が浅くなるため、治療後指示があるまで酸素投与されます。	○医師の許可が出たら、心電図・酸素モニターを外すことができます。 ○医師から許可が出たら尿の管を抜くことができます。		○医師の許可が出たら、点滴を終了することができます。	退院後、何か気になる症状がある際は、下記へご連絡ください。 ○平日:脳疾患センター外来 TEL024-547-1218 ○休日・夜間:きぼう棟7階東病棟 TEL024-547-1617		
観察	○体温・脈拍・血圧測定、意識・手足の動き・眼の動きを観察します。 ○身長・体重を測定します	治療後は、翌日のCT検査施行まで 2時間ごと に体温・脈拍・血圧測定、意識の状態、眼の動き、手足の動きを観察します。		○検査確認後、体温・脈拍・血圧測定、意識状態、眼の動き、手足の動きの観察頻度が変わります。					
注射	治療前の飲食は麻酔科医師の指示を守りましょう。	意識の状態を確認する際は、下記の内容を質問します。 1. お名前を教えてください。 2. ここはどこかわかりますか。 3. お年はおいくつですか。 4. 今日は、何月、何日ですか。							
内服	○薬剤師が持参薬を確認します。その後、医師から継続や中止の指示があります。手術のため、一旦お薬をお預かりします。	痛みや吐き気がある際は、我慢せずにお知らせください。	意識障害の確認のため、何度も質問します。ご協力よろしくお願いします。	○医師に確認後、内服が再開となります。					退院後の注意点 ※内服薬は、飲み忘れのないように気をつけましょう!!
食事	○麻酔科の先生の指示に従いましょう	治療前の飲食は麻酔科医師の指示を守りましょう。 〃日〃時から絶食です 〃日〃時から絶水です 内服薬は医師の指示があったものだけ、〃時に内服してください。	治療後は、絶食となります。	○検査結果にて医師の許可が出たら、食事摂取が可能となります。					
行動	○行動の制限はありません。病棟を離れる際は看護師にお知らせください。	○治療の準備があります。病室内でお過ごしください。	治療後はベッド上安静となります。 ※体の向きを変えることは可能ですが、それ以外は不可となります。体の向きを変えたいときなどナースコールでお知らせください。	○検査結果にて医師の許可が出たら歩行可能となります。始めは看護師が付き添い、歩行状態を確認させていただきます。 ○シャワーは不可のため、体ふきを行います。	○問題なく歩行できていれば病棟内は行動の制限はありません。 ○医師からの許可が出ればシャワー浴可能となります。				
説明	○看護師より入院生活、治療の説明があります。 ○治療時に使用するテーブルタイプのオムツ()枚をご用意ください。	ご家族の方へ 治療後は個室へ移動となるため、部屋移動があります。荷物や待機場所など看護師から説明がありますので7階ロビーまたは病室でお待ちください。待機場所を離れる際は看護師へ声をおかけください。また、連絡が取れるようお願いいたします。帰室後は処置が終了次第、面会可能です。貴重品はご家族が管理をお願いします。 患者様へ 安静にしている間、ご用の際は遠慮なくナースコールでお知らせください。						○医師より説明があります。	○次回外来の受診日、検査の確認を行います。

注1) 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ます。
 注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。
 注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が重なるに出来ない場合、食事の欄に記載しても良い。

特別な栄養管理の必要性	有	無
-------------	---	---

上記内容について説明を受け同意いたしました。

福島県立医科大学附属病院 バス承認番号 (No. 301) 承認月日 (2019年9月9日)

署名:	続柄:
-----	-----