

# 入院診療計画書 (CVポート植込み術を受けられる方へ)

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME  
症状

様 @PATIENTWARD 病棟 @PATIENTROOM





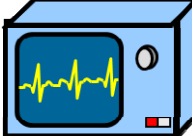





号室

担当医師 @USERNAME

印 担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名  
@SYSDATE

月日	月 日	月 日	月 日
経過	入院日 術前 	入院日 術後	退院日 
目標	手術について理解できる	疼痛がある際には薬剤を使用し疼痛を緩和できる	日常生活の注意点について理解できる
検査	特に予定はありません		
治療		手術室でCVポート挿入術を施行します	
処置	手術した部位の確認・処置を行います 		
観察	入院後、身長と体重をはかります 術前・術中・術後に体温、脈拍、血圧、SP02を測ります 		
注射	 手術する側の腕に点滴をします	術後問題がなければ点滴は終了します	
内服			
食事	医師の指示した時間まで食事・水分をとれます	医師の許可が出てから飲水ができます 夕食より食事再開予定です 	
行動		車椅子で帰室します 医師の許可がでたら病棟外まで自由に歩けます 	
説明		医師より手術後の説明があります	退院の前に、普段の生活で気をつけること や次回の受診日等について説明があります 

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得るものです。  
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直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.332) 承認月日 (令和3年7月26日)

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。

署名：

続柄：