

入院診療計画書（小児鼠径ヘルニア（従来法）の手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

様

@PATIENTWARD

症状 鼠径部の腫れ、鼠径部の痛み

病棟 @PATIENTROOM

号室

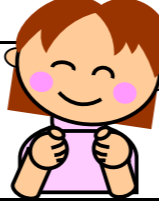












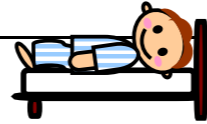




担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

経過	入院前	入院日	術前	術後	術後1日、退院	術後6日、外来受診
目標	病気について理解できる。手術の必要性和手術までに気をつけることについて理解できる。全身麻酔について理解できる。	入院生活について理解できる。身体的準備ができています。手術について理解できています。	手術前について理解できる。食事・水分の指示を守ることができる。 がんばりましょう！ 	手術後について理解できる。食事を摂ることができる。痛みを伝えることができる。	日常生活の注意点について理解できる。発熱や感染がない。 	
検査	手術、麻酔に必要な検査をします。採血・レントゲン検査、身長・体重・体温の測定をします。					
治療・処置	 				必要時は創部の処置をします。創部処置：パンフレット参照。	テープをはがして創部の処置をします。 
観察	* 風邪をひいたとき、ヘルニアが出て戻らないときは連絡してください。 平日・外来Tel 024-545-1220 夜間・休日Tel 024-547-1643	入院時、体温・脈拍・血圧を測ります。夕方に検温をします。	手術前、体温・脈拍・血圧に測ります。 	手術後、体温・脈拍・血圧を測ります。夕方に検温をします。	朝、体温・脈拍・血圧を測定します。テープの上から創部の観察をします。	テープをはがして創部の観察をします。
注射・内服		薬剤師が内服しているお薬の確認を行います。	麻酔科担当医の指示により薬を内服する場合があります。 	点滴は食事が摂取できたら抜きます。		
食事		ミルク、または小児食がです。  	食事：（ ）時（ ）分から ミルク：（ ）時（ ）分から 母乳：（ ）時（ ）分から 水分：（ ）時（ ）分から 摂ることができません。 	帰室し3時間後より水分摂取できます。夕食よりミルクまたは小児食がです。	ミルク、または小児食がです。  	制限はありません。
行動		制限はありません。必要時シャワー浴を行います。腕に名前を書きます。	（ ）時（ ）分に手術室に向かいます。オンコール（前の手術終了後）での手術室入室となります。手術室入室前はベッドの上でお休みください。 	帰室し3時間後より歩いても大丈夫です。 	次回外来受診まで激しい運動は控えて下さい。シャワー浴はできますが、次の外来受診まで入浴は禁止です。 	入浴がです。 
説明	主治医より、症状・手術の説明があります。症状説明書をお渡しします。麻酔科より、麻酔の説明があります。看護師より、入院準備の説明があります。	看護師より、入院時オリエンテーション、手術の説明があります。また手術に必要な物品をお預かりします。麻酔科担当医が病室に伺います。手術室看護師が病室に伺います。		主治医より、手術、術後についての説明があります。	主治医より、退院後についての説明があります。看護師より、退院後の生活についての説明があります。 おめでとう 	

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。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No.36-1 Ver. 4) 承認月日 (令和元年12月19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：
-----	-----