

入院診療計画書 * 腹腔鏡下ヘルニア根治術 *

ID: 0 氏名: 0
 病名・症状: 鼠径ヘルニア

病棟 部屋 入院日: 入院日
 入院目的: 腹腔鏡下ヘルニア根治術 推定される入院期間: 約 5日間

| | / 入院～術前日 | / 術前 | / 術後 | / 術後1日目 |
|------|---|--|---|--|
| 安静度 | ・特に制限ありません | | ・無理の無い程度であれば動くことが可能です | ・状態に応じて歩くことができます |
| 食事 | ・食事は夕まであります ・ 21時より絶食です | ・飲水は手術3時間前まで300ml以内であればお茶やお水のみ可能です(時まで可能です) | ・絶食中です (飲水許可が出る場合があります 看護師の指示があるまでは飲水しないで下さい) | ・朝から飲水が可能になりお粥が始まります ・昼よりごはんへ変更になります |
| 点滴 | ・緊急でなければ点滴はありません | ・朝8時頃より点滴を行います  | ・抗生剤の点滴を行います ・痛みがある時は鎮痛剤の使用を行います | ・点滴は続きます  |
| 内服 | ・持参したお薬を預ります ・前日21時に下剤を服用します  | ・医師の指示分のお薬を朝6時頃に服用します ・必要に応じて薬剤師よりお話に来られます (時間は未定で場合によっては手術術翌日に来られます) | | ・持参の薬を再開します ・定期で鎮痛剤が始まります  |
| 処置 | ・おへそをきれいにします ・ひげをそります ・マニキュアを取ります ・手術をしない側の足の甲に「健」のマークをつけます | ・朝7時頃に浣腸を行います ・手術前に術衣、弾性ストッキングをはきます | ・時間ごとに熱を測ったり観察を行います ・血栓予防のために足に機械をつけます ・心電図モニターを装着します  | ・必要に応じて創部の付け替えを行います  |
| 検査 | ・必要に応じてレントゲン、採血、心電図、エコーの検査を行います | | | ・朝、採血・レントゲンをを行います  |
| トイレ | ・特に制限はありません | ・手術30分前までにトイレを済ませて下さい 声をかけさせてもらいます | ・手術後は尿の管が入ります(手術室で入れます) | ・尿の管を抜いてトイレへ行けます |
| 清潔 | ・シャワーまたは入浴を行います  | ・手術前までに洗面、歯磨きを行います | ・入浴やシャワーはできません | ・シャワーが可能になります  |
| その他 | ・術前説明を行います ・リハビリ処方の際は医師の指示に従い、早期離床に努めます。 | | ・主治医より手術後に家族へ説明があります | ・必要に応じてケアマネジャーとの調整や介護保険の説明を行います |
| 説明指導 | | | | |

| | | | | | | |
|-------|----|---|-------------|--|--------|--------|
| 主治医 | 氏名 | 印 | 特別な栄養管理の必要性 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 栄養士 | 福田 恵美子 |
| 担当看護師 | | | リハビリ担当 | 病棟リハ責任者鬼村を中心とするチーム担当 | 薬剤師 | 金城 玲菜 |
| 患者署名 | | | 親族又は代理人 | | 患者との続柄 | |

入院診療計画書＊腹腔鏡下ヘルニア根治術＊

| | / 術後2日目 | / 術後3～5日目 |
|------|---|---|
| 安静度 | | |
| 食事 |  | ・必要に応じて栄養指導を行います 必要であればお声掛けください  |
| 点滴 | ・点滴が終了になります | |
| 内服 | | |
| 処置 |  | ・傷の保護フィルムを医師が剥がします |
| 検査 | | ・術後3日目に採血、レントゲンを行います |
| トイレ | | |
| 清潔 | | ・入浴は自宅に帰ってからは可能となります |
| その他 |  | ・術後3～5日の間で退院の予定となります |
| 説明指導 | | |