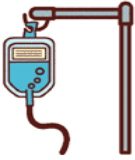






鼠径ヘルニア根治術
を受けられる

様へ (ID:) 担当医:

| 経過 | 入院日 (手術前日) | 手術当日 | 術後1日目 | 術後2日目 | 退院日 (術後3日目) |
|------|--|--|--|--|----------------|
| 月/日 | (/) | (/) | (/) | (/) | (/) |
| 達成目標 | 1. 身体的、精神的に問題なく手術に臨める | 2. 痛みがコントロールされる | 3. 歩行、食事ができる | 4. シャワー浴ができる | 5. 退院できる |
| 治療処置 | <ul style="list-style-type: none"> ●入院中は、毎日朝8時半に回診があります(処置が必要な患者さんのみ15時にも回診があります) ●お臍の掃除をします | <ul style="list-style-type: none"> ●6時に浣腸をします ●術衣に着替え手術室に入ります(時間は変更になる場合があります) ●手術室で尿の管を入れます ●手術室でお腹に管が入ってくる場合があります ●麻酔が覚めたら4階へ戻ります ●手術後心電図モニターをつけ、酸素吸入をします ●術後、脚にマッサージの器械が着けられます | <ul style="list-style-type: none"> ●酸素が中止になります ●尿の管が抜けます ●脚のマッサージの器械を外します  | <ul style="list-style-type: none"> ●手術後の経過をみながら、医師から退院の許可が出ます ●退院の日には看護師長と相談し決めてください  | |
| 点滴 | ●基本的に点滴はありません | ●午後の手術の場合、朝から点滴を開始します | ●朝から点滴があります | ●基本的に点滴はありません | |
| 内服薬 | <ul style="list-style-type: none"> ●就寝前に下剤を飲みます ●眠れない時は安定剤を飲むことができます  | <ul style="list-style-type: none"> ●手術前の内服薬は医師・看護師の指示に従って下さい ●手術後は絶飲食のため、内服できません | <ul style="list-style-type: none"> ●内服薬が再開になります。医師・看護師の指示に従って下さい ●痛みが強い時は我慢せず声をかけて下さい。痛み止めをご用意できます | | |
| 検査 | ●レントゲン・採血 | | ●レントゲン・採血など適宜行います | | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ●夕食まで出ます ●21時以降は食べ物を食べないで下さい ●水分は飲んで結構です | <ul style="list-style-type: none"> ●6時から水分も摂らないようにして下さい ●手術後3時間後から水分を飲むことができます | <ul style="list-style-type: none"> ●朝から水分が摂れるようになります ●昼から全粥が食べられるようになります | <ul style="list-style-type: none"> ●昼から米飯食になります  | |
| 活動 | ●安静度は自由です | ●手術後はベッド上安静です | ●合併症予防のためどんどんリハビリをしましょう | | |
| 清潔 | ●手術前日は必ず入浴します | ●入浴はできません、タオルで体を拭きます | ●お腹の管が抜けたらシャワー浴ができます | | |
| 説明 | <ul style="list-style-type: none"> ●医師から手術の説明があります ●麻酔科医、手術室看護師の訪問があります | <ul style="list-style-type: none"> ●手術終了後、ご家族に医師から説明があります。手術中は病棟を離れないようお願いいたします | <ul style="list-style-type: none"> ●リハビリテーションについて説明します ●必要に応じて薬剤指導を行います |  | |
| 備考 | ●手術用の必要物品をそろえ、名前を書いて下さい | <ul style="list-style-type: none"> ●手術中継を希望されるご家族は病棟のモニターにて見学できます ●眼鏡・コンタクト・貴金属類・義歯は全て外して下さい | | | |

入院期間・記載内容については現時点で予想されるものです。症状により変更されることがあります。

担当看護師: _____

患者・家族: _____

