

【 入院診療計画書 : 小児鼠径ヘルニア 】 ID

【 病名 : 氏名 様】
 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、栄養士より全ての入院患者様の栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させて頂いております。】
 【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】
 【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注：病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

日時	手術前日まで			【 月 日()】	
経過	手術前		手術後		
目標	<input type="checkbox"/> 入院・手術の流れが理解できる <input type="checkbox"/> 不安なことやわからないことを質問できる <input type="checkbox"/> 不安が最小限で手術を受けることができる		<input type="checkbox"/> 飲水、食事摂取後、嘔吐がない <input type="checkbox"/> 傷の痛みが乳幼児・学童疼痛評価、フェイススケールで3以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 出血、麻酔の副作用(尿が出ない、頭痛など)がなく、退院後の生活への不安が最小限である		
食事	<input type="checkbox"/> 食事は前日21時まで可能	<input type="checkbox"/> 【ミルク】3時まで、【母乳】5時まで 【水分】スポーツドリンク、リンゴジュースなど 透明で糖分を含む飲料を____時まで コップ1杯程度、必ず飲んで下さい	<input type="checkbox"/> 飲水、食事は医師の指示があつてから開始となります 覚醒状況やおなかの動きを確認し、飲水後、腹痛や嘔気・嘔吐がなければ食事ができます、母乳やミルクのお子さんも医師の指示に合わせて開始します		
検査	<input type="checkbox"/> 外来にて術前検査は済んでいます		<input type="checkbox"/> 特にありません		
治療処置		<input type="checkbox"/> 体温、脈拍などを測定します <input type="checkbox"/> 身長・体重測定をします <input type="checkbox"/> 手術着に着替えます <input type="checkbox"/> 医師が体調確認、手術部位に印をつけます <input type="checkbox"/> 手術室で点滴をします <input type="checkbox"/> 不安が強いお子さんは麻酔導入まで母児同室することができます	<input type="checkbox"/> 体温、脈拍などを居室時(病室に戻ってきたとき)、1、3時間後、必要時に測定します <input type="checkbox"/> 覚醒するまで指にシールで呼吸を確認する機械をつけます <input type="checkbox"/> 医師の指示があるまで点滴をします。水分、食事摂取後、嘔吐することなく、排尿がみられたら、点滴終了します <input type="checkbox"/> 酸素投与をする場合があります <input type="checkbox"/> 痛みがある場合は痛み止めの薬を使用します。		
安静度	<input type="checkbox"/> 病室内で過ごして下さい		<input type="checkbox"/> 覚醒するまではベッド上安静になります。最初に歩くときはふらつくことがあるため、看護師が付添いますのでナースコールで呼んで下さい <input type="checkbox"/> 歩行開始後は病室内で過ごして下さい		
説明指導	<input type="checkbox"/> 術前検査、麻酔科外来の時に入院、手術のオリエンテーションをします <input type="checkbox"/> 普段より内服している場合は医師に確認しますのでお知らせ下さい 内服がある場合は右記の通り() <input type="checkbox"/> マニキュアやシールなどは剥がして下さい <input type="checkbox"/> 風邪、発熱、下痢や発疹など体調不良時や流行性感症との接触や罹患がある場合は手術延期の可能性があるので5E病棟まで連絡を下さい ☎ 0466-35-1177(代) <input type="checkbox"/> 当日は8時に1階入院受付にて手続き終了後、5東病棟にお越し下さい <input type="checkbox"/> 手術室まではご家族と一緒にいきます。手術中は病室でお待ち下さい <input type="checkbox"/> 何かわからないことや不安なことがあればスタッフにご相談下さい		<input type="checkbox"/> 手術室から連絡が来たら、家族と一緒に迎えに行きます <input type="checkbox"/> 麻酔の影響で一時的に激しく泣いたり、ぼーっとしたりすることがありますが徐々に落ち着きます <input type="checkbox"/> 帰宅後は抱っこもできますが点滴ルートが絡まらないように看護師がお手伝いします <input type="checkbox"/> 点滴アラームが鳴った場合はナースコールでお知らせ下さい <input type="checkbox"/> 飲水・食事、排尿ができ、医師診察にて問題がなければ退院になります 症状によっては1泊入院になることがあります <input type="checkbox"/> 退院後の生活について説明します <input type="checkbox"/> 普段より内服している場合は医師に確認後、内服再開となります <input type="checkbox"/> 退院翌日に体調確認のお電話をします		
【持ち物】診察券・保険証・入院申込書・印鑑・母子手帳・手術説明書・手術同意書・麻酔科問診票・麻酔科同意書・麻酔について・入院問診票(患者様情報)・他、持ち物は入院案内をご参照下さい 手術当日は付添いが必要です。9歳以下は夜間も付添い入院になります。小学生以下は病棟内に入れませんのでご協力お願いします 入院前日に体調確認の電話訪問をします					
上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。			同意年月日		(西暦) 年 月 日
本人/親族 または代理人(続柄)	主治医		印	説明看護師	