


【 入院診療計画書 : 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 】

ID

- 【 病名： 子宮筋腫 】 氏名 _____ 様
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。】
- 【 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→絶飲食の為に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。

経過	手術前	手術後
日時	9月24日(木)	
目標	手術に向けて準備します	術後の疼痛をコントロールします
食事	<input type="checkbox"/> 前日24時以降は禁食です <input type="checkbox"/> 飲水は手術開始の2時間前まで可能です	<input type="checkbox"/> 術後1時間で問題なければ 飲水・食事可能です
検査	<input type="checkbox"/> 術前検査確認	<input type="checkbox"/> 病理検査、血液検査等
治療処置	<input type="checkbox"/> 点滴をします。 <input type="checkbox"/> 手術説明書をご参照ください。 <input type="checkbox"/> 当院評価基準に従い、必要に応じて弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法、抗凝固療法などの予防処置を行なわせて頂きます。	
安静度		<input type="checkbox"/> 歩行可能になったら歩行開始します。
その他	<input type="checkbox"/> 検温をします	<input type="checkbox"/> 検温をします
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーションをします。 <input type="checkbox"/> 休薬している薬や内服している薬を確認します。 <input type="checkbox"/> 最終飲食時間を確認します。 	<input type="checkbox"/> 退院に際して、患者さんやご家族のいろいろな「お困り事」に対して専門的立場から援助させていただきます。



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		年 月 日	
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医	印	説明看護師	