


【 入院診療計画書 : 急性虫垂炎 】

ID

- 【 病名： 虫垂炎 】 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。

経過	当日手術前	当日手術後	術後1日目	術後2日目(退院)
日時	【 月 日()】		【 月 日()】	【 月 日()】
目標	<input type="checkbox"/> 手術に向けた準備ができ、指示を守ることができる。	<input type="checkbox"/> 全身状態が落ち着いている。 <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる。 <input type="checkbox"/> 自尿がある。	<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる。 <input type="checkbox"/> 創部に問題がない。 <input type="checkbox"/> 離床できる。 <input type="checkbox"/> 自尿がある。	<input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる。 <input type="checkbox"/> 創部に問題がない。 <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点について理解できる。
食事	<input type="checkbox"/> 絶飲食。	<input type="checkbox"/> 酸素投与終了したら飲水・内服可能。	<input type="checkbox"/> 採血結果等に問題なければ翌日昼から食事開始。	
検査	<input type="checkbox"/> 術前検査を行います。		<input type="checkbox"/> 朝採血をします。	
治療処置	<input type="checkbox"/> 点滴のための針を留置し点滴を開始します。 <input type="checkbox"/> 手術着に着替え弾性ストッキングを履きます。	<input type="checkbox"/> 痛みに応じて鎮痛剤を使用します。 <input type="checkbox"/> 心電図モニター・酸素マスクを装着します。 <input type="checkbox"/> しっかり排尿があるか確認します。	<input type="checkbox"/> 創部の観察や処置をします。 <input type="checkbox"/> 痛みに応じて鎮痛剤を使用します。 <input type="checkbox"/> 食事が食べられれば点滴は終了します。	<input type="checkbox"/> 創部の観察や処置をします。 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤は痛みに応じて調整可能です。 <input type="checkbox"/> シャワー浴可能。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。		<input type="checkbox"/> 酸素投与終了後から離床可。看護師の付き添いのもと初回歩行を行い、問題なければ安静度制限なし。	
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 必要があれば医師の指示のもと行います。			
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院・手術のオリエンテーションを行います。 <input type="checkbox"/> 手術中は基本的にご家族どなたか院内で待機をお願いします。 <input type="checkbox"/> お化粧やマニキュアはしないでください。	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認を行い必要時医師の指示のもと休薬/再開します。お薬手帳を確認します。 <input type="checkbox"/> 次回外来で医師の許可が出るまでは湯船につかることは避けてください。シャワー浴は可能です。		<input type="checkbox"/> 次回外来予約日時をお伝えします。 <input type="checkbox"/> 退院は午前10時～11時頃となります。 <input type="checkbox"/> 退院後に症状が出現・増悪した場合 やご不明な点があれば、日中は外科外来まで、夜間は救急外来まで

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 主治医 印 訪問看護師

または代理人(続柄)

〒

市

区