






【 入院診療計画書 : 硬膜外癒着剥離術を受ける方へ 】

ID
氏名 様

- 【 病名 : ● 】
- 【 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→院内約束手帳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。

経過日時	入院日 月 日 ()	手術当日(術前) 月 日 ()	手術当日(術後) 月 日 ()	退院日(術後1日目) 月 日 ()
目標	<input type="checkbox"/> 風邪症状などの体調不良がなく全身の状態が落ち着いている。 <input type="checkbox"/> 手術にむけての準備ができている。		<input type="checkbox"/> 下肢しびれ・アレルギー症状・出血・麻酔や手術の副作用による症状などがなく、全身の状態が落ち着いている。 <input type="checkbox"/> 食事摂取ができる。 <input type="checkbox"/> 入院前と同様な排泄状態が維持できる。 <input type="checkbox"/> 退院後の日常生活の注意点を理解できる。	
食事	<input type="checkbox"/> 食事可。飲水は手術室に入る2時間前まで可。 (水・麦茶・アルジネードウォーター)		<input type="checkbox"/> 術後1時間程度で症状に合わせ飲食可となります。	
検査	<input type="checkbox"/> 外来にて術前検査済みです。		<input type="checkbox"/> 必要に応じて検査が追加になる場合があります。	
治療処置	<input type="checkbox"/> 手術に備えて体調を整えましょう。 	<input type="checkbox"/> 義歯・装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトなどを外し手術着へ更衣します。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 点滴をはじめます。 <input type="checkbox"/> 手術する部位にマークをつけます。 	<input type="checkbox"/> 局所麻酔で手術となります。 ※静脈麻酔を使用し鎮静をはかる場合があります。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧などを測定します。 <input type="checkbox"/> 点滴は、手術当日で終了します。 <input type="checkbox"/> 術後翌日に穿刺部を消毒します。 <input type="checkbox"/> 退院前に医師の診察があります。  	
安静度	<input type="checkbox"/> 術直後はベッド上安静(寝返り可能)ですが60分後より制限変更。			
説明指導	<input type="checkbox"/> 手術前日までに入院・手術のオリエンテーションをします。 <input type="checkbox"/> 内服に関して ・休薬() ・休止薬以外の薬は、いつも通り飲んで下さい。 必ず、薬手帳と薬は全てもってきてください。 <input type="checkbox"/> 男性はひげを剃ってきて下さい。 <input type="checkbox"/> お化粧品/マニキュア類はしないで下さい。 <input type="checkbox"/> 当日は送迎か公共の交通機関で来院して下さい。		<input type="checkbox"/> 手術後、痛みがあるときはお薬を使用しますので我慢せず看護師へお伝えください。 <input type="checkbox"/> 次回の外来予約は術後約●～●日前後です。予約表をお渡ししますのでご確認下さい。 <input type="checkbox"/> 休薬は、(/)から再開となります。 <input type="checkbox"/> 退院時間は、通常午前10時前後になります。 	

※注意※

痛みが継続する場合でも、退院日は変更になりません、予めご了承下さい。

上記、入院診療計画について十分な説明を受けましたので同意いたします。		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