







急性虫垂炎(全身麻酔)の手術を受けられる方へ【入院診療計画書】

| | | | | |
|------------|--------------|--|--------------------|------------|
| 患者様氏名： | ID： | 病棟： 階 | 診療科：外科 | 主治医署名： 印 |
| 手術内容：虫垂切除術 | 推定入院期間：5～9日間 | 病名： | 症状： | 主治医以外の担当者： |
| | | 特別な栄養管理の必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 説明日/説明立ち会い者： 月 日 / | |

●入退院受付①に 月 日 9時 10時にお越し下さい。

●承諾書を入院当日持参して下さい。

| 月日 | 外来～入院前日 | 手術当日（前） | 手術当日（後） | 術後 1 日目 | 術後 2～4 日目 | 術後 5 日目以降～退院 |
|----------------|--|--|---|---|---|--|
| 目標 | 治療に対する心身の準備ができ、 治療について理解できる | 手術・麻酔に対する 不安が少なくなる | 術後合併症がおきない | | | |
| 治療・検査 | | | | 午前中に採血・レントゲンをお部屋でとります | ドレーンがあれば 医師の指示のもとに抜去します | 創部の抜釘は次回受診時にする場合があります |
| 食事 | 制限はありません | 入院時から 食べたり飲んだりできません | | 回診後より飲水ができます 昼食より5分粥食が開始です | 朝食より全粥食が開始です | |
| 安静度 | 制限はありません | 制限はありません | ベット上安静です | しびれがなくなり歩行する際には 付き添いが必要ですので 必ずナースコールで知らせて下さい その後制限はありません | 制限はありません | |
| 清潔 | 制限はありません 爪切りや髭剃りをしてください ネイルはとっておいてください | 歯磨き・うがいを 口腔内を清潔にしてください |  | 体を拭いて着替えます | ／ より シャワーができます | 入浴は主治医の許可が 出たらできます |
| 内服 | 中止薬が□あります□ありません 月 日～ 月 日 薬名（ ） 現在服用しているお薬とお薬手帳を持参して下さい 目薬や湿布などの貼り薬も含めてです ※忘れた場合、お家まで取りに帰っていただく場合があります | 持参薬は一旦お預かりします |  | 持参薬について再開の 指示が出れば返却します |  | |
| 点滴 | | 点滴があります | | 食事が半分以上 食べれたら終了します |  | |
| 検査 治療 処置 | | 左手 20Gルートキープ 臍処置（ ） マウスケア（ ） | 酸素投与 2時間後OFF 2時間後大部屋出室可（ ） ベット上安静時AVインパルス使用 | 食事半量摂取できたら 持続点滴終了 | | 抜釘：退院後は外来で施行 |
| 説明指導 教育 | ・この計画書を必ずご持参ください ・喫煙されている方は入院中禁煙していただきます ・治療時は家族の待機が必要です | ・手術承諾書の確認をします ・手術時間や食事・飲水について説明します ・手術までに麻酔科医師より説明があります ・手術室看護師の術前訪問があります | 主治医より家族に 説明があります | ・朝に麻酔科医師の診察があります ・状態に合わせて手術室看護師が術後訪問に伺います ・合併症予防のために動きましょう |  | ・医師の許可があれば退院となります ・異常があれば退院が延期になる場合があります ・会計を済ませられたら、次回受診や退院後の生活について説明を行います ・内服薬やかかりつけ医へのお手紙を渡させていただきます |
| 看護計画 | 症状の観察をさせていただきます、異常の早期発見に努めます。検査の目的や準備を分かりやすく説明させていただきます。 | | | | |  |
| 在宅復帰 支援計画 | 必要に応じて支援させていただきます（在宅復帰支援担当者） | | | | | |

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになりたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日 年 月 日 患者氏名 説明を聞いた親族等の氏名