

# 鼠径ヘルニア術（全麻）を受けられる方へ【入院診療計画書】

病棟： 階	診療科： 外科	主治医署名： 印		
患者様氏名：	ID：	病名：	症状：	主治医以外の担当者：
手術内容： 鼠径ヘルニア術	推定入院期間： 日間	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
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			
食事	制限はありません	21時から食べられません	( : ) から 飲めません	2時間後より 飲水できます	食事が開始します		
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 2時間後より室内自由です	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	入浴をし、お臍を 清潔にします	歯磨きやうがいをして 口腔内を清潔にして下さい		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 継続分のみ返却します			持参薬について 再開の指示が 出れば返却します		
点滴		なし		点滴があります	食事が半分以上 食べれたら終了します	なし	
部屋		一般病床		集中治療室 2時間後元部屋に戻ります			
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 ・術前オリエンテーションを行います ・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	・義歯・装飾品は外して下さい ・トイレをすませて下さい	主治医より 家族に説明します	・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いていきましょう	必要であれば 栄養指導を うけてもらいます	・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 ・会計を済まされたら、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も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、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