





































傷病名: 鼠径ヘルニア

症状:

	～ 月 日		月 日		月 日～	
			手術当日			
			手術前	手術後	術後1～2日目	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要な検査・処置が順調に終了する 手術の説明が理解でき、不安や疑問点を訴えることができる 		<ul style="list-style-type: none"> 手術が安全、安楽に受けられる 	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸、血圧、脈拍が安定している。 疼痛、不快感を看護師へ伝え、緩和できる 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行ができる 食事が摂取できる 退院後の生活に不安がない 	
指導説明	 入院生活や準備するものについて説明があります  主治医から手術の説明があります  問診表に記入してください		 手術に必要な準備をして手術場に向かいます  ご家族の待機場所、連絡先をお知らせください		 回診時に傷のぐあいを診察します 退院時指導をします 再来日の説明をします	
治療処置	 体毛を削ります		 点滴をします	 点滴をします	点滴はありません	
検査	 手術に必要な検査をします (外来検査をうけた方は)		検査は特にありません		 必要なときは血液検査・レントゲン写真があります	
くすり	 現在飲んでいる薬があれば教えてください  許可された薬のみ飲んでください			 痛みが強い時は看護師に伝えてください	 鎮痛薬を処方します	
生活行動	 感染予防のため、うがいをしましょう  入浴可能です (体毛を削った後)		 洗面・トイレを済ませ、お待ちください。	 数時間後より歩行可能です	 シャワー浴が可能です	
観察	 体温、脈拍、血圧を測定します			 頻りに体温、脈拍、血圧を測定します 創をみます	 体温、脈拍、血圧を測定します 創をみます	
食事	 普通食がです	 普通食がです	 手術数時間前より飲食できません (患者様により異なります)	 数時間後から水分・食事を摂れます	 普通食がです	
その他	 必ず禁煙してください	 麻酔科回診があります (全身麻酔の場合)	 ガウン式の病衣に着替え、リストバンドをします		 診断書などの書類があれば提出してください	 退院おめでとうございます

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等をすすめていくにしたがって変わることがあります。注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

岩手医科大学附属病院外科

____年____月____日

主治医氏名 _____ 担当以外の担当者 _____ 在宅復帰支援担当者 _____

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

本人・家族署名 _____

在宅復帰支援計画 無 ・ 有 ()

総合的な機能評価 無 ・ 有 ()