











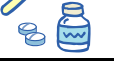


































目標	~(月 日)	(月 日)	(月 日)		(月 日)	(月 日)	(月 日)~
	入院~手術前々日まで	手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3~4日目
			手術前	手術後			
目標	・手術に必要な検査・処置が順調に終了する	・手術の説明が理解でき、不安や疑問点を訴えることができる	・手術が安全、安楽に受けられる	・呼吸・血圧・脈拍が安定している。 ・疼痛、不快感を看護師へ伝え、緩和できる	・歩行ができる ・食事が摂取できる	・歩行ができる ・食事が摂取できる	・退院後の生活に不安がない
指導説明	 入院生活や準備するものについて説明があります  問診表に記入してください	 主治医から手術の説明があります	 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	 ご家族に手術結果の説明があります  麻酔から覚めたら深呼吸をしてください	 離床について説明します  食事、内服についての説明があります	 退院時指導をします	 再来日の説明をします
治療処置	 トイレに置いてある袋に尿を貯めてください	 体毛を削ります  下剤を飲みます	 点滴をします 洗腸をします 胃、尿道に管を入れます	 酸素吸入をします 胃の管を抜きます	 酸素を止めます 尿道の管を抜きます	点滴はありません	
検査	 手術に必要な検査をします	 抗生剤テストをします	検査は特にありません	 血液検査・レントゲン写真があります		検査は特にありません	
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	 抗菌、鎮痛、利胆薬を処方します		 退院処方が2週間分です
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・トイレを済ませた後はベット上安静です	 ベット上ですが寝返りは自	 歩行が可能です(初めは看護師が付き添います)	 シャワー浴が可能です	 4日目から入浴可能です
観察	 体温、脈拍、血圧を測定します			 頻回に体温、脈拍、血圧を測定します お腹をみます	 体温、脈拍、血圧を測定します お腹をみます		
食事	 食事ができます	 夜9時~夕食まで出ますが、21時以降、飲食できません	 飲食できません		 朝から水分を摂れます 昼から食事ができます	 食事ができます	
その他	 必ず禁煙してください	 麻酔科回診があります	 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
在宅復帰支援計画 無・有()
総合的な機能評価 無・有()

本人・家族 _____