

<診療計画書>

手術室で日帰りの手術を受けられる方へ

傷病名: _____

治療法: _____

手術日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時来院

患者氏名: _____ 様

症状: _____

麻酔方法: 局所麻酔・伝達麻酔

経過	来院時(初診時)	手術当日(/)		
		手術前	手術中	手術後
目標		安全・安楽に手術が受けられ、帰宅できる。		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査・レントゲン写真・心電図の検査をします。 体温・脈拍・血圧を測定します。 	<ul style="list-style-type: none"> 体温・脈拍・血圧を測定します。 	<ul style="list-style-type: none"> 10分毎に血圧を測ります。 心電図のシールを胸に貼ります。 体内の酸素濃度を測るモニターを手の指先に付けます。 	
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> ケガや骨折したところの消毒や保護をします。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術する前に消毒し、体を清潔な布でおおいます。 安全確保のため手足を軽く押さえることもあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後は傷を保護します。
点滴		<ul style="list-style-type: none"> 点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生物質の点滴をします。 手術の痛みを和らげる麻酔の注射をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴が終了したら抜針です。
食事		<ul style="list-style-type: none"> 手術が午前の方は朝から、手術が午後の方は昼から、手術まで食べたり、飲んだり出来ません。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術が終了してから飲水・食事の開始の時間を説明します。
投薬	<ul style="list-style-type: none"> お薬・食べ物のアレルギーがある方は教えてください。 内服中の薬がある方は医師の指示に従ってください。(血圧の薬・血液をサラサラにする薬などを飲まれている方はお知らせ下さい。) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師から指示された薬は内服できます。 		<ul style="list-style-type: none"> 場合によっては内服薬が処方されます。
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ケガや骨折したところは荷重しないようにして下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術室には車椅子で看護師が案内します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術中はベッドで寝て頂きます。 	<ul style="list-style-type: none"> トイレまで歩行できます。 点滴が終了まで外来で休んでいただきます。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ケガや骨折したところは注意しながら、シャワー・入浴してください。 		<ul style="list-style-type: none"> 手術終了時には、消毒薬をきれいにふき取ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 許可があれば翌日からシャワーが可能ですが、傷口やギプスをぬらさないようにシャワーを浴びて下さい。
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> *手術について医師より説明があります。手術の日程を決め、手術の同意書に記入していただきます。 *手術当日について説明があります。 1.診察券、手術の同意書(書類を持ち帰った方)、この用紙は必ず持参して下さい。 2.手術当日はご家族の方と一緒に来院して下さい。 3.服装は着替え易い物にして下さい。特に手の手術の方は袖口にゆとりのある服で、足の手術の方ははきやすいズボンをお願いします。 4.来院時には、お化粧・マニキュア・ヘアピン・ピアス・コンタクトレンズ・指輪・ネックレスなどは外して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> *来院時間: 月 日 時頃までに来院して下さい。(手術当日、都合が悪くなり来院できなくなった場合には、必ず救急センター外来に連絡をお願いします。) *手術室に行く前にトイレに行ってください。 *手術前に貴金属類(ネックレス・ピアス・指輪・時計)義歯、眼鏡、コンタクトレンズ、ヘアピン、かつら、湿布などは取り外していることを確認します。 *手術室入室時には、病衣に着替え、帽子をかぶり、名前の書いたリストバンドを手につけます。手術部の入り口で看護師が患者様のお名前をリストバンドと一緒に確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> *常に看護師が側にいることを説明します。 *処置に対する説明、進行状況の説明をします。 *痛みが出てきた時は遠慮せずにお話下さい。 *手術中でも差し支えない程度に手術部位以外は動かすことができます。 *部屋の温度を調節できますので、希望をお話下さい。 *手術中は音楽を聞くことができますのでお好みのCDの持参が可能です。 	<ul style="list-style-type: none"> *手術の結果については医師が患者様や御家族に説明があります。 *手術後、看護師より説明があります。 *出血・傷の腫れ・痛みが強い時には連絡して下さい。 *手術当日は飲酒・入浴は避けて下さい。 *松葉杖を借用の方は、使用されなくなりましたら救急センター外来にお返し下さい。 *会計を済ませて薬を受け取り、お帰り下さい。

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()

注: 日帰り手術は現時点で予想されるものです。状態により入院する場合があります。注) 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

□手術後の再来日: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 先生

□紹介先: _____ 病院

_____ 年 _____ 月 _____ 日

岩手医科大学附属病院 岩手県高度救命救急センター

主治医 氏名: _____

担当以外の担当者: _____

在宅復帰支援担当者: _____

本人・家族 氏名: _____