

入院診療計画書

傷病名:

治療法: 上肢・体幹 下肢 頭頸部 遊離皮弁再建手術

症状:

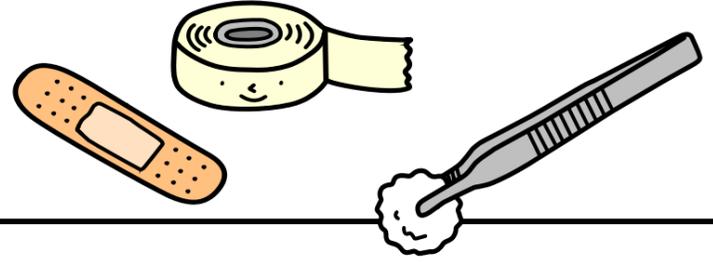
氏名

様

西・東病棟

階 A・B

号室

月日	入院当日(手術前日) 月 日	手術当日(術前) 月 日	手術当日(術後) 月 日	術後1日目 月 日	術後2日目以降~ 月 日	退院日 月 日
目標	手術の必要性和経過が分かる	不安や痛みがなく、過ごすことができる			不安なく退院できる	
説明指導	看護師が入院生活について説明します 医師が手術について説明します	ご家族の方は談話室で待機していただきます 	痛みが引かない時は相談して下さい		退院後の生活について医師が説明します 	
検査治療処置	麻酔科を受診します 現在飲んでいる内服薬を確認します 	点滴や内服がある時は説明します 	点滴をします 	必要に応じて傷の処置を行います 		
生活行動	行動制限はありません 		術後の安静については、指示が出てからお知らせします		行動制限について医師・看護師が説明します	
清潔	入浴・シャワー浴はできます	入浴・シャワー浴はできません。		清拭タオルをお配りします	シャワー浴について医師・看護師が説明します	
食事	夕食までは制限ありません 	手術前の食事は前日にお知らせします	食事は医師の指示が必要です 			
その他	心配なことや不安なことは、いつでも看護師に相談してください					

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、今後検査等を進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。

ペインスケール

0: 全く痛みがなく幸せ

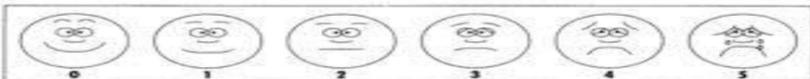
1: 少しだけ痛い

2: それよりももう少しだけ痛い

3: もっと痛い

4: かなり痛い

5: 想像できるもっとも痛い痛み



年 月 日

岩手医科大学附属病院 形成外科

主治医・担当医名

担当以外の担当者

在宅復帰支援担当者

本人・家族署名