

ID: _____ 患者氏名: _____ 様

| | 入院当日・手術前日 | 手術当日(術前) | 手術当日(術中) | 手術当日(術後) | 退院 |
|----------------|--|---|--|---|--|
| 月 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 |
| 目 標 | 安定した体調でレーザー治療を受けることができる。 | レーザー治療が順調に終了する。 痛みがなく過ごすことができる。 | | | 創状態が良好で退院できる。 |
| 説明・指導 | 看護師が入院生活について説明します。 看護師が食事や安静について説明します。  | 病衣に着替えます。 ご家族のかたは病棟内で待機して下さい。  | 医師・看護師がそばについて治療を行います。  | 治療結果について医師が説明します。看護師が食事や安静について説明します。  | 退院後の生活について医師が説明します。  |
| 検査 処置 治療 | 麻酔科を受診します。  | 形成外科外来に行ってレーザー治療を行います。  | 酸素吸入・点滴をします。  | 創部を消毒して軟膏を塗りガーゼを当てます。  | |
| 安静度 | 行動制限はありません。  |  | 指示があるまでベッド上で安静に過ごします。 | 自由に動くことができます。 | |
| 清 潔 | 入浴は自由です。  | 入浴はできません。 | | 温かいタオルで身体を拭きます。 | |
| 食 事 | 食事に関して制限はありません。  | 朝食は食べられません。 ミルクや水は指示された時間まで飲むことができます。  | ミルクや水は指示された時間から飲むことができます。夕食から食事ができます。  | 食事に関して制限はありません。  | |
| 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下さい。  | |  |  |  |

注) 予定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。