

【 入院診療計画書 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術 】 ID

【 病名: 胆石症/胆嚢ポリープ/胆嚢炎など 】 氏名 様

【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。】

【 栄養計画 : 食ありの場合→院内約束食事箋に基づき適切な栄養管理に努めます。 食止めの場合→絶飲食の為の輸液管理を行い適切な栄養管理に努めます。】

【 総合的機能評価 : あり なし ※総合的機能評価を行う場合の評価結果は別紙にてご説明させていただきます。】

注:病名/入院期間等は、現時点で考えられるもので検査や治療、病態により変更となる場合があります。

経過	手術前日まで	当日手術前	当日手術直後	当日手術3時間後	手術翌日	術後2日目～退院まで
日時	月 日 ()	月 日 ()		月 日 ()		退院日 月 日 ()
目標	<input type="checkbox"/> 風邪症状などの体調不良がなく全身の状態が落ち着いている。 <input type="checkbox"/> 手術にむけての準備ができています。		<input type="checkbox"/> 傷の痛みが、痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 呼吸困難や出血、麻酔の副作用による症状がなく全身の状態が落ち着いている。 <input type="checkbox"/> 問題なく排尿できる。 <input type="checkbox"/> アレルギー症状がでない。		<input type="checkbox"/> 日常生活の注意点を理解できる。	
食事	<input type="checkbox"/> 24時以降食事不可(禁酒)。飲水は当日(:)まで可。(水・麦茶・アルジネートウォーター)		<input type="checkbox"/> 禁飲食です。		<input type="checkbox"/> 採血結果次第で昼から食事開始。	
検査	<input type="checkbox"/> 術前に済んでおります。		<input type="checkbox"/> 手術室でレントゲンあり。場合により2時間後採血します。		<input type="checkbox"/> 朝採血があります。	
治療処置	<input type="checkbox"/> 手術に備えて禁煙しましょう。 <input type="checkbox"/> 体調を整えておきましょう。 		<input type="checkbox"/> 義歯・装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトなどを外し手術着へ更衣します。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 点滴をはじめます。 <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングを着用します。 		<input type="checkbox"/> 体温・血圧などを測定します。 <input type="checkbox"/> 点滴は継続します。 <input type="checkbox"/> 酸素マスク、フットポンプ、心電図モニターを装着します。 <input type="checkbox"/> 尿を自然に出す管が挿入されます。	
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。		<input type="checkbox"/> ベッド上安静・寝返りは可。		<input type="checkbox"/> 室内歩行可。 <input type="checkbox"/> 清拭のみ可。	
説明指導	<input type="checkbox"/> 手術前日までに入院・手術のオリエンテーションをします。 <input type="checkbox"/> 内服に関して ・休止薬() ・休止薬以外の朝の薬はいつも通り飲んで下さい。 () <input type="checkbox"/> 男性はひげを剃ってきて下さい。 <input type="checkbox"/> お化粧/マニキュア類はしないで下さい。 <input type="checkbox"/> 当日はどなたか付添いをお願いします。 <input type="checkbox"/> 当日は送迎か公共の交通機関で来院して下さい。		<input type="checkbox"/> 痛みがあるときはお薬を使用しますので、我慢せず看護師にお伝え下さい。 		<input type="checkbox"/> 呼吸機能や腸管運動を促すためできるだけ身体を起こしたり、歩くようにしましょう。 <input type="checkbox"/> 歩行ができればストッキングは脱いでもかまいません。	
上記、入院診療計画について十分な説明を受けた上で同意いたします。			同意年月日		(西暦) 年 月 日	
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医		印	説明看護師	