

# 【入院診療計画書:ロボット支援下根治的前立腺全摘除術を受けられる患者様へ】



ID

氏名

様

- 【 病名 前立腺癌 】
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士より栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させて頂いております。】
- 【 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→絶飲食の為に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頂きます。】

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。

経過日時	手術前日 月 日	手術当日 月 日	手術前 月 日	手術後 月 日
目標	<input type="checkbox"/> 入院・手術の流れが理解できる。 <input type="checkbox"/> 手術に対する不明点を尋ねることができる。 <input type="checkbox"/> 不安が最小限で、手術を受けることができる。			<input type="checkbox"/> 傷の出血がなく疼痛が痛みの評価表(フェイススケールまたはNRS)を用いて中等度以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 麻酔の副作用(頭痛/吐き気など)の症状がない。 <input type="checkbox"/> 血尿が比色2以下を保つことができ、尿管の閉塞がない。
食事	<input type="checkbox"/> 手術前日の夕食は18時までです。消化に良いものを食べてください。 <input type="checkbox"/> 飲水は入室2時間前まで可能です。(水か麦茶のみ)			<input type="checkbox"/> 絶飲食です。
治療処置	<input type="checkbox"/> 夕食後よりマグコロールPという下剤を内服してください。翌朝までに水様の便になっていれば問題ありません。		<input type="checkbox"/> 義歯・装飾品、湿布などは外して手術着に着替えます。 <input type="checkbox"/> ご自分の下着を着用し、帰宅時にはオムツを着用します。 <input type="checkbox"/> 血栓予防のために弾性ストッキングを着用します。 <input type="checkbox"/> 点滴を開始します。	<input type="checkbox"/> 膀胱に溜った尿を自然に出す管が入っています。 <input type="checkbox"/> 点滴は継続します。 点滴から持続的に痛み止めの注射を投与します。 <input type="checkbox"/> 熱と血圧を測ります。 <input type="checkbox"/> 22時に深部静脈血栓症予防のための注射をします。翌日から10時と22時に注射をします。 <input type="checkbox"/> お腹に手術中の出血や洗浄液を出す管が入っています。 <input type="checkbox"/> 麻酔科の指示により、酸素マスクを装着します。また、心電図モニター・フットポンプも装着します。
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。			<input type="checkbox"/> ベッド上安静安静です。寝返りは可能です。
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 ・休薬( ) ・以下、朝の内服は必ず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"/> 全身麻酔の方はどなたか付添いをお願いします。 <input type="checkbox"/> 手術時は送迎、公共の交通機関で来院して下さい。			<input type="checkbox"/> 手術後に手術室で説明があるため、ご家族も一緒にお迎えに行きます。 

上記、入院診療計画について十分な説明を受けましたので同意いたします。

同意年月日

(西暦)

年

月

日

本人/親族

説明医師

印



説明看護師


または代理人(続柄)

氏名

印

署名

経過 日時	手術後1日目 月 日	手術後2日目 月 日	手術後3日目 月 日	手術4日目 月 日
目標	<input type="checkbox"/> 傷の出血がなく疼痛が痛みの評価表(フェイススケールまたはNRS)を用いて中等度以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> ベッドからトイレ間を一人で2往復以上歩くことができる。 <input type="checkbox"/> 腹痛や吐き気なく食事を5割以上摂取できる。	<input type="checkbox"/> 傷の出血がなく、疼痛が痛みの評価表(フェイススケールまたはNRS)を用いて中等度以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 腹痛や吐き気なく食事を5割以上摂取できる。 <input type="checkbox"/> 1日1回排便がある。		
食事	<input type="checkbox"/> 朝お腹の動きを確認し、排ガスがあれば飲水可能です。 <input type="checkbox"/> 昼より流動食が開始になります。	<input type="checkbox"/> 昼より全粥から常食になります。		
治療処置	<input type="checkbox"/> 朝採血があります。 <input type="checkbox"/> 点滴が1日2本あります。 <input type="checkbox"/> 休薬以外の内服が開始になります。 <input type="checkbox"/> 尿の管が入っている間は毎朝陰部洗浄を行います。	<input type="checkbox"/> 点滴が継続します。	<input type="checkbox"/> 点滴終了になります。 <input type="checkbox"/> 2本目投与終了後抜針します。 <input type="checkbox"/> お腹から出ている管は、排液の量が少なくなれば抜去します。	
安静度	<input type="checkbox"/> リハビリスタッフと初回歩行を開始します。 <input type="checkbox"/> 問題なければ歩行は自立となり、フットポンプも外します。 <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングは、歩行可能となり問題なければ脱いでもかまいません。			
説明指導	<input type="checkbox"/> 血尿の排泄を促すため、積極的に飲水をしましょう。			
				

経過 日時	手術後5日目 月 日	手術6日目 月 日	手術7日目 月 日	退院 月 日
目標		□尿の管を抜いたあと排尿があり、残尿が100ml以下になる。		□退院後の生活について尋ねることができ、不安が最小限で退院することができる。 □入院時の日常生活動作状態(ADL評価を用いて)で退院することができる。
安静度	□制限はありません。			
治療処置	□注射は22時の分で終了となります。 	□膀胱の造影を撮影してから尿の管を抜去します。 □傷の抜糸をします。	□午後に泌尿器科外来で排尿検査があります。その後残尿がないか病棟でチェックします。	□薬剤師より退院処方の説明があります。
説明指導		□尿の管を抜いた後、排尿の有無と尿の性状を観察するために指定した袋に尿を貯めます。 □尿漏れを改善するためにパンフレットを用いて骨盤底筋体操を開始して下さい。 □尿の管を抜いた後、尿漏れをする可能性があります。尿漏れした分もカウントするため、オムツや尿取りパッドは捨てないで下さい。	<b>■退院がきまったら</b> ・次回の外来は、退院してから約1ヶ月前後です。予約表をお渡ししますのでご確認下さい。 ・退院時間は午前10～11時になります。 <b>■血尿が強くなったり、尿が出なくなった時は、泌尿器科の外来までお問い合わせ下さい。</b> なお、診療時間外は救急外来受診で対応させていただきます。	