

【ソケイヘルニア(メッシュあり)】

疾患名

主治医

薬剤師

ID

入院診療計画書

診断群分類

看護師

栄養士

氏名

病棟(病室):

	月 日	1月1日		1月2日	1月3日	1月4日	1月5日	1月6日
	入院日	手術当日(前)	手術当日(後)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
目標	不安なく手術に臨める		術後合併症が起こらない 痛みがコントロールできる	歩行ができる				
内服	持参薬を確認します 			お薬がでます 				
点滴 注射		点滴を開始します 	点滴を終了します					
検査								
観察	検温します(毎日) 			傷の状態を みます(毎日) 				
処置	爪切り、ひげそりをして下さい ストッキングの採寸をします 指輪等は自身で保管してください マニキュアは除去します	IDバンドをつけます  除毛します 入歯・金属類を外します 弾性ストッキングをはきます	手術室で尿の管を入れます 酸素吸入します	状態をみて尿の管を抜きます ガーゼ交換します(毎日)  状態をみて ストッキングを脱ぎます				
食事	必要に応じて栄養士の訪問が あります 24時より食事摂取できません 	6時より水分摂取できません 	帰宅後3時間で水分摂取 できません(看護師が説明 するまでお待ちください) 	朝から食事が できます 				
清潔	入浴してください 			身体を 拭きます 	シャワーが 浴びれます 			
排泄			ベッドの上で排泄します (お手伝いします)	トイレへ行けます				
安静	院内自由に歩けます 		ベッドの上で 安静にします 	歩行できます 				
説明 指導	手術について医師より説明が あります 入院生活、手術の流れについて 説明があります 薬・食事について説明します 麻酔科医が訪問します 術後お部屋が変わることがあります			総合評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			薬の説明を します 退院後の生活 について説明します 	退院です 
症状				特別な 栄養管理の 必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	日常生活能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です	
本人・家族の要望						認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります	
看護計画等						気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります	

本人氏名	
親族又は代理人氏名	続柄:

説明日

西暦 年 月 日

主治医氏名