

【腹腔鏡下ソケイヘルニア】 入院診療計画書

疾患名
診断群分類

主治医
看護師

薬剤師
栄養士

ID
氏名

病棟(病室):

	1月1日	1月2日		1月3日	1月4日	1月5日	1月6日	1月7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	トイレに歩いて行ける	自己でケアを行える	退院後の生活がわかる				
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 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 	帰室後5時間で水分摂取 できます(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(全粥) 	朝から常食が  でます					
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	浴衣に着替えます 		総合評価 □あり □なし			退院の説明を します	退院です 		
										
症状				特別な 栄養管理の 必要性	□あり □なし	日常生活能力	□問題なし □介助が必要な状態です			
本人・家族の要望						認知機能	□問題なし □不安定な部分があります			
看護計画等						気分・心理状態	□問題なし □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