

ID _____ 氏名 _____ 様

病棟 _____ 主治医 _____ 担当看護師 _____ 主治医以外の担当者 _____

項目	入院 (1病日)		手術(2病日)		手術翌日(3病日) (/)	退院(4病日) (/)
	入院当日(手術前日) (/)		術前	術後		
・目標 ・看護	<ul style="list-style-type: none"> 手術を受け入れ、流れについて理解できる 安全、安楽に入院生活・治療が受けられるよう援助する 		<ul style="list-style-type: none"> 手術の準備ができています 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後の安静が守れる 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の症状が改善される 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について理解ができる
・投薬	<ul style="list-style-type: none"> 普段内服されているお薬を確認させていただきます 		<ul style="list-style-type: none"> 内服薬は一旦休止します 		<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示で内服を再開します 	<ul style="list-style-type: none"> 普段飲んでいるお薬は、引き続きかかりつけ医よりもらっていただきます 必要時、主治医よりかかりつけの先生へ紹介状(お手紙)を作成します
・治療 ・処置	<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします 		<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします 手術をする部位にしるしを付けます 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴をします 頭に管(ドレーン)が入り、頭にたまっている血液などを外に出します 	<ul style="list-style-type: none"> 抗生剤の点滴をします 頭の管(ドレーン)を抜きます 頭の傷を閉じる処置をします 	
・検査	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査、胸部レントゲン、心電図、頭部CTがあります 				<ul style="list-style-type: none"> 血液検査と頭部CTがあります 	
・食事	<ul style="list-style-type: none"> 手術前は食事はできません ※特別な栄養管理の必要性 (<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし)		<ul style="list-style-type: none"> 手術前は食事はできません 	<ul style="list-style-type: none"> 翌朝まで食事は出ません 	<ul style="list-style-type: none"> 朝から食事が出ます 	
・安静度 ・排泄	<ul style="list-style-type: none"> 病室内でお過ごしください トイレには歩くことができますが、必要な方には看護師が付き添います 症状に合わせて、医師より指示があります 		<ul style="list-style-type: none"> 希望があれば、尿の管(フォーレ)を入れます 	<ul style="list-style-type: none"> 頭に管(ドレーン)が入っていますので、起き上がることはできません 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察後、頭の管(ドレーン)が抜けたら起き上がることができます 	
・リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 必要時、医師の指示により、リハビリを行います 					
・説明 ・その他	<ul style="list-style-type: none"> 医師より病状・手術説明があり、同意書にサインをいただきます 看護師より入院に関する説明があります 手術のおおよその時間をお知らせします 		<ul style="list-style-type: none"> ご家族は手術時間に間に合うように病院にお越しください 手術中は、手術家族控室でお待ちいただきます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、医師より説明があります 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活や次回の外来について看護師より説明があります 

※上記内容について、患者さんの状態により変更が生じる場合があります。

ご署名(本人・家族)