

ID _____ 氏名 _____ 様

病棟 _____ 主治医 _____ 主治医以外の担当者 _____

月日 項目	入院1日目 (/)	入院2日目 (/)	入院3日目(手術前日) (/)	入院4日目(手術当日) (/)	入院5日目 (/)	入院6日目 (/)	入院7日目 (/)	入院8日目 (/)	入院9日目 (/)	入院10日目 (/)	退院日 (/)
・目標 ・看護	不安なく手術を受けられるよう援助します。					疼痛コントロールができるよう援助します。					退院後の生活について理解できるよう援助します。
・投薬	普段内服されているお薬を確認させていただきます。 お薬手帳があれば持参してください。										
・注射	点滴が開始されます。 ルートを確認します。 						点滴終了になります。				
・リハビリ	リハビリ介入 (<input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし)										
・検査	外来でレントゲン・心電図があります。 順番でご案内いたします。	採血があります。 			採血・レントゲンがあります。 順番でご案内します。	採血・レントゲンがあります。 順番でご案内します。		採血・レントゲンがあります。 順番でご案内します。	腹部CT・四肢血圧検査があります。 順番でご案内します。	採血・レントゲンがあります。 順番でご案内します。	
・処置			剃毛・臍処置を行います。		1日4回 吸入を行います。 適宜、傷の処置を行います。 弾性ストッキングを着用していただきます。						
・食事	絶食となります。栄養補助食品が です。水分は摂取していただいて 構いません。 ※特別な栄養管理の必要性 (<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし)		21時より、 絶食水 となります。		昼より食事開始となります。 						
・手術				手術中、ご家族の方は家族控室でお待ちください。 							
・安静度 ・排泄	病棟内でお過ごしください。		入浴してください。 			この日より、シャワー浴が可能となります。					退院後初の外来受診時に、入浴の許可が です。 それまでは、シャワー浴のみでお願いします。
・説明 ・その他	手術同意書などの書類を確認 します。手術に必要な物品を 確認します。入院に関する説明 があります。 不安な事があれば看護師に 声をかけてください。	主治医の先生より、本人・ 家族に手術についての説明 があります。 麻酔科の先生の診察が あります。お部屋に麻酔科の 先生が伺います。 		術後は、ICUに1泊して いただきます。 翌日、一般病棟へ移動 します。						主治医の先生より御本人・ 御家族に術後の経過につ いてお話しがあります。 退院後の生活や、次回の 外来受診日について看護 師より説明があります。 お会計が終わりましたら、 お部屋でお待ちください。 	

※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)