

# 【 入院診療計画書

# シヤント造設術を受ける方へ

ID

氏名

様

- 【 病名 : 白内障 】
- 【 特別な栄養管理の必要性 : あり なし ※当院では、管理栄養士による栄養評価を行い必要に応じて栄養指導させていただきます。
- 【 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→絶飲食の為の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いただきます。

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	手術前日	当日手術前	当日手術後	手術翌日～退院
日時	月 日( )	月 日( )		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。		<b>☆ 退院目標 ☆</b> <input type="checkbox"/> 入院時の日常生活動作で退院できる。 <input type="checkbox"/> 痛みが、痛みの評価表(NRS)を用いて5以下でコントロールできる。 <input type="checkbox"/> 副作用の症状が無く、退院後の生活への不安が最小限である。	
食事	<input type="checkbox"/> 食事は前日24時まで可能。水分は手術2時間前まで可能。 (水・麦茶・アルジネードウォーター)		<input type="checkbox"/> 局所麻酔のみ場合:手術後から飲食可能です。 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔を使用した場合:術後1時間程度で、症状に合わせて飲食可能となります。	
検査	<input type="checkbox"/> 外来にて術前検査済みです。		<input type="checkbox"/> 必要に応じて適宜施行いたします。	
治療処置	<input type="checkbox"/> 手術に備えて禁煙しましょう。  	<input type="checkbox"/> 装飾品・湿布類・眼鏡・コンタクトレンズ・義歯などを外し、手術着に着替えをします。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 手術する部位にマークをつけます。 <input type="checkbox"/> 点滴の開始します。	<input type="checkbox"/> 車椅子またはベッドで病室に戻ります。 <input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> シヤントの音・スリルの確認をします。	<input type="checkbox"/> 体温・血圧など測定します。 <input type="checkbox"/> 傷の状態の確認を行いません。 <input type="checkbox"/> シヤントの音・スリルの確認をします。 <input type="checkbox"/> 薬剤師より、退院処方の説明があります。  
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません。		<input type="checkbox"/> 局所麻酔の場合:安静度の制限はありません。 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔の場合:手術後1時間程度安静にしてもらいます。初回の歩行は看護師と一緒に歩行します。お一人で立ち上がらないようご注意ください。	
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"/> 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"/> ご家族の方は日帰り手術センターの家族待合室でお待ちください。 <input type="checkbox"/> 内服に関して 休薬( ) 中止の指示がない場合は、いつも通り朝の内服をしてください。		<input type="checkbox"/> 痛みがある場合は、我慢せずにナースコールを押してください。 <input type="checkbox"/> 次回の外来は、約1週間前後です。予約表をお渡ししますのでご確認ください。 <input type="checkbox"/> シヤントの注意点・管理方法について退院までに説明があります。 <input type="checkbox"/> 退院後、シャワー浴可能ですが入浴は次回外来まではお控えください。  	
上記、入院診療計画について十分な説明を受け上で同意いたします。			同意年月日	(西暦) 年 月 日
本人/親族 または代理人(続柄)		主治医	印	説明看護師