

入院診療計画書

ID

患者氏名 様

病名（他に考え得る病名）

手術内容及び日程 腹腔鏡下ヘルニア根治術（ 月 日）

検査内容及び日程 予定はありません

症状






入院日

説明日 年 月 日

推定される入院期間 4日間

病棟（病室）

診療科名 消化器外科

治療計画	1日目	2日目		3日目	4日目
	手術前日	手術前	手術後	術後1日目	退院日
達成目標	手術の準備ができる		痛みがやわらぐ からだを動かせる	もとの生活にもどる 準備ができる	不安なく退院できる
食事	21時以降は食べられません	0時以降は 食べたり飲んだりできません 		朝から飲めます 昼から食事の開始です 	もともと制限食のかた以外は 普通食です
薬・注射	21時に下剤を飲みます	点滴をします 		点滴終了です	
処置 検査	必要時追加検査をします	手術後は、酸素、モニター、 フットポンプを使用します			
清潔 活動	シャワーをご使用ください 	術後1日目に看護師がからだを拭きます 			許可後、 シャワーができます
	安静の制限はありません		朝までベッド上安静です	安静の制限はありません からだを動かしていきましょう	
説明	看護師が入院生活の説明をします 必要時、医師の説明があります	痛いとき・つらいときは、すぐにお知らせください		入院中、ご心配や不安なことが ありましたら遠慮なく ご相談ください	看護師が退院後の生活に ついて説明します
特別な栄養管理の必要性	なし			在宅復帰支援担当者名	
その他・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	・円滑な手術への支援を行います ・身体的苦痛の緩和を行います			在宅復帰支援計画	
手術後に起こりうる症状と その際の対処	別紙の説明同意書をご参照ください 退院後、腫れたり熱が出たときは病院に連絡 してください			総合的な機能評価	なし

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医氏名 印

主治医以外の担当者名

本人・家族