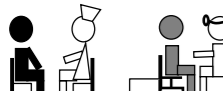











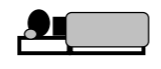







入院診療計画表（腹式子宮全摘術・傍大動脈リンパ節郭清を含む子宮・卵巣悪性腫瘍根治手術）

病棟 病室 号 氏名（ 富士通 太郎 様） 主治医（ ）（ ）（ ） 看護師（ ）

項目	病日	入院1日目	入院2日目	入院3日目・手術当日	入院4日目	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	入院11日目	入院12日目(退院)
	手術前々日	手術前日	術前	術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目	術後9日目
予定	<input type="checkbox"/> 主治医の診察があります 	<input type="checkbox"/> 麻酔科・手術室看護師の術前訪問があります <input type="checkbox"/> 寝る前に血栓予防のためのストッキングを着用します <input type="checkbox"/> 睡眠薬の希望があればお渡しします <input type="checkbox"/> 15時 下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> おしもの消毒 <input type="checkbox"/> 毛剃りをします <input type="checkbox"/> 洗腸をします <input type="checkbox"/> 酸素濃度を測定します	<input type="checkbox"/> 抗生剤を投与します(1日1回) <input type="checkbox"/> 点滴があります(1本 500ml × 3本) <input type="checkbox"/> 尿管が入っています <input type="checkbox"/> 背中に痛み止めのチューブ(有・無) <input type="checkbox"/> 心電図モニターを付けます <input type="checkbox"/> 酸素のマスクをつけます <input type="checkbox"/> ドレーン(手術部位の管)(有・無) <input type="checkbox"/> 空気マッサージ器使用(有・無)	(5本) (有の場合) <input type="checkbox"/> 心電図モニターをはずします <input type="checkbox"/> 血液検査があります (有の場合)	(3本) (有の場合) <input type="checkbox"/> ストッキングを脱ぎます (有の場合)	(2本) <input type="checkbox"/> 午前点滴後、尿管を抜きます <input type="checkbox"/> 抜去します <input type="checkbox"/> 創の確認をします (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります (有の場合)
食事	<input type="checkbox"/> 大腸術前食 	<input type="checkbox"/> 食事は__時以降できません  →  __時以降 <input type="checkbox"/> 水分は__時まで飲みます 	<input type="checkbox"/> 食べたり、飲んだりできません 	<input type="checkbox"/> 診察後より水分が摂れます  <input type="checkbox"/> 夕食より食べられます  三分粥  五分粥  全粥  常食									
活動	<input type="checkbox"/> 制限はありません 			<input type="checkbox"/> ベッド上で動くことができます 	<input type="checkbox"/> 座ることができます	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行ができます	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます						
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴が出来ます 			<input type="checkbox"/> 看護師が体をお拭きします	<input type="checkbox"/> 看護師が体をお拭きします	<input type="checkbox"/> ドレーンがなければシャワー浴が出来ます 							<退院指導> 医師より治療内容の概略・症状・退院後の日常生活指導があります 次回受診日 月 日 担当医: 
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きます <input type="checkbox"/> 入院のご案内をします <input type="checkbox"/> 手術及びその後の説明をします(主治医・看護師)	<input type="checkbox"/> 紙パンツ・生理用ナプキン(夜用)を購入してください		<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします 痛み・その他何かあればお知らせください								<input type="checkbox"/> リンパ浮腫に対する指導をします	