






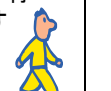




入院診療看護計画表（腹式子宮全摘術・子宮筋腫核出術）

病棟 病室 号 氏名（ 富士通 太郎 様） 担当医（ ）（ ）（ ） 看護師（ ）

病日	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	
項目	入院1日目 手術前日	入院2日目・手術当日 術前 術後	入院3日目 術後1日目	入院4日目 術後2日目	入院5日目 術後3日目	入院6日目 術後4日目	入院7日目 術後5日目	入院8日目 術後6日目	入院9日目(退院) 術後7日目	
目標	<input type="checkbox"/> 手術に対する不安が軽減できる	<input type="checkbox"/> 苦痛の軽減ができ安静が保てる	<input type="checkbox"/> 歩行ができる <input type="checkbox"/> 痛みのコントロールができる	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> 創部に異常がない <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 排便がある	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について理解できる	
予定	<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"/> 担当医の診察があります  <input type="checkbox"/> 毛剃りをします <input type="checkbox"/> ヘソ処置をします（朝一番の手術の場合） <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"/> 寝る前に下剤を飲みます	<input type="checkbox"/> 点滴（朝一番の手術の場合はしません） <input type="checkbox"/> 毛剃りをします <input type="checkbox"/> ヘソ処置をします <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 × 2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"/> 心電図モニターをつけます <input type="checkbox"/> 酸素のマスクをつけます <input type="checkbox"/> 痰が切れやすくなる薬を処方します <input type="checkbox"/> 空気マッサージ器使用	<input type="checkbox"/> 午前の点滴後、尿管を抜きます <input type="checkbox"/> 抜去します <input type="checkbox"/> 心電図モニターをはずします <input type="checkbox"/> ストッキングを脱ぎます <input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> ガーゼを除去し創の確認をします <input type="checkbox"/> 空気マッサージ器を除去します <input type="checkbox"/> タより血栓予防の注射（有・無）	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります	<input type="checkbox"/> 血液検査があります <input type="checkbox"/> 尿検査があります	<input type="checkbox"/> 担当医の診察があります 
食事	<input type="checkbox"/> 食事は 時以降できません <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"/> 診察後から水分が摂れます <input type="checkbox"/> 夕食より食べられます  5分粥	<input type="checkbox"/> 朝食より食べられます  全粥	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	
活動排泄	<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"/> 病棟内歩行ができます 	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます 	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます	<input type="checkbox"/> 病院内歩行ができます	
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます 	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> 看護師が体をお拭きします	<input type="checkbox"/> シャンプーの希望があれば、申し出て下さい	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます 	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます	
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（担当医・看護師） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<input type="checkbox"/> 希望時、痛み止めをします <input type="checkbox"/> 痛み・その他何かあればお知らせください	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p><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</p> <p>次回受診日 月 日 担当医:</p> </div>

この計画は現時点のもので、病状によって、治療・看護の内容を変更します。変更があれば、その都度説明させていただきます。不安なこと・心配なことがあればお申し出ください。