






入院診療計画表(下肢静脈瘤血管内焼灼術)

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

病日	/ () 入院1日目		/ () 入院2日目
	術前	術後	術後1日目
項目	術前	術後	術後1日目
予定	<input type="checkbox"/> 手術同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 当日、術前にマーキング用の超音波検査(血管)に行きます <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 《外来にて》 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血 実施の確認をします </div>	<input type="checkbox"/> モニターをつけます(処置後3時間) <input type="checkbox"/> 酸素吸入をします(処置後3時間)	<input type="checkbox"/> ガーゼ交換はありません(埋没縫合) <input type="checkbox"/> 弾力包帯をはずして超音波検査(血管)に行きます <input type="checkbox"/> 超音波検査後、弾性ストッキング(血栓予防のためのストッキング)を着用します <input type="checkbox"/> 超音波検査結果を医師が確認後、退院となります
食事	<input type="checkbox"/> 食事や水分は取れません 	<input type="checkbox"/> 食事・水分は看護師の指示に従ってください 	<input type="checkbox"/> 食事が出ます  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 25px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <退院指導> ① 入浴は、退院翌日(月 日)より可能です ※傷に直接貼ってある細いテープははがさないでください ② 1ヶ月間は弾性ストッキングを着用ください ③ 外来診療 月 日() 時 分 担当医: ※予約が入っていますので、診察券を忘れずお持ちください </div>
活動	<input type="checkbox"/> 制限ありません 	<input type="checkbox"/> 制限ありません 	
清潔	<input type="checkbox"/> 手術着に着替えてください	<input type="checkbox"/> 手術着を着替えてください	
説明指導	<input type="checkbox"/> 担当医及び麻酔医による手術や麻酔についての説明がある場合があります(外来で説明が終わっているときもあります) <input type="checkbox"/> 手術室看護師の説明があります <input type="checkbox"/> 手術中、ご家族の方は病室でお待ちください <input type="checkbox"/> 貴重品、入歯等をご家族の方で保管してください <input type="checkbox"/> (入院中)薬についての説明があります(薬剤師)		<input type="checkbox"/> 手術後の確認をします ・創部の皮下出血、腫脹の観察