

〈〈入院診療計画書・退院療養計画書〉〉

経口腔咽喉頭手術を受ける患者さまへ 2-1

病名: 患者氏名 症状: 担当医: O 受け持ち看護師: 月日 1月0日 入院(手術前日) 手術前 項目 達成目標 安心して手術に臨むことが出来る ・安心して手術に臨むことが出来る • 指示された薬のみ内服して下さい 日頃飲んでいる薬がありましたら確認をしますので 治療•薬剤 • 当日内服 有•無(薬名 看護師に渡して下さい (内服) ・9時から手術の方以外は、点滴の針を入れて点滴を始めます ・持参の薬は中止と言われていない薬のみ内服して下さい。 • 制限はありません 点滴が始まりましたら、なるべく安静にして下さい。 入浴またはシャワーに入って清潔にして下さい 洗面、歯磨きはいつもどおりにおこなって下さい 活動• 安静度 ・マニキュア、ペディキュア(ジェルネイル、スカルプ 髪が長い方は束ねて下さい • 男性は髭剃りをして下さい ネイル)ははずして下さい ・昼から食事がでます、21時以降は食べられません ・特別な栄養管理の必要性(有・無) 引き続き禁食です 食事 水、お茶、イオン水などに関しては、 ・最後に飲んだ水分の量と時間を看護師に伝えて下さい。 時まで 飲んでかまいません 排泄 トイレには歩いて行くことが出来ます トイレには歩いて行くことが出来ます 《手術室へ行く前に》 ・外来通院中に手術の説明を受けてない方は医師からの ・排尿、排便を済ませて下さい 説明があります • 入れ歯、眼鏡、コンタクトレンズ、腕時計、指輪、 承諾されました書類にご署名の上看護師に渡して下さい。 ピアス、ネックレス、ヘアピン、ウィッグ(かつら)、 看護師から手術前後の流れについての説明があります 患者様 湿布など体に身に付けているものはすべてはずして下さい および 麻酔医からの説明があります ・貴重品は金庫に入れるかご家族に管理をお願いして下さい ご家族への 外泊外出を予定している方は麻酔科医の説明を受け、 血栓予防のハイソックスを履きます 説明 看護師から手術の説明を受けてからとなりますので、 • 手術室から連絡が入ったらご家族の方も一緒に手術室に **昼食後以降となります** 歩いて行きます ご家族には、院内で使用可能なPHSをお渡ししますので、 *血栓予防ハイソックスは病棟で準備します 病院内でお待ちください

0



〈〈入院診療計画書・退院療養計画書〉〉

経口腔咽喉頭手術を受ける患者さまへ 2-2

病名: 症状: 担当医: 0 患者氏名 受け持ち看護師: 月日 月日 月日 月 日~ \sim 月 \Box 項目 手術後 手術後1日目 2日日~ ~退院日 出血や痛みがなく経過する 出血や痛みがなく経過する 出血や痛みがなく経過する 退院後の生活に不安なく 達成目標 喉の安静が守れる ・喉の安静が守れる・歩行できる 喉の安静が守れる 退院できる ・酸素マスク、点滴は引き続き行います 午前中にマッサージ器をはずします 足に血栓予防のマッサージ器をつけます • 手術後7日目以降 治療•薬剤 ・点滴は術後1日目で終了します ・ 喉の安静のため声をだすことを禁止 創部の状態を毎日診察します 声をだしてもかまいません (内服) 診察室にて診察があります されている方は、退院まで声をだす 但し、大声は禁止です • 中止薬以外の薬は再開して下さい ことはできません 手術後はベッド上安静です • 午前中に体を拭きます 歩けるようになりましたら、徐々に 活動• 横向きはできます • 体を拭いた後に看護師と 活動範囲を広げましょう 安静度 ・酸素吸入が終了したら、看護師の 2日目より全身のシャワーができます。 歩く練習をします 付き添いで歩行できます 朝から5分粥食が始まります 食事は出来ません 食事 屆全粥食、夕常食(治療食) • 制限ありません 制限ありません • 酸素吸入が終了したら水分がとれます となります ・ 手術後、酸素終了までは ベッド上で尿器、便器を使用します 排泄 • 制限ありません • 制限ありません 制限ありません ・酸素終了後、看護師付き添いで トイレに行くことができます 《退院後の注意点》 ・出血、浸出液は飲み込まずに出して 《退院日の流れ》 患者様 ・出血、発熱がありましたら決められた日 ・喉の痛みや摂取状況に応じて 朝、診察室にて診察があります。 下さい および 以外でも受診をして下さい 強い咳やうがいはしないで下さい。 食事形態を適宜変更できますので 会計が終わりましたら ご家族への ・ 次回外来までは、激しい運動、喫煙、 • 手術後に痛みや叶き気があれば 医師、看護師にお知らせ下さい 病棟カウンターへお寄り下さい 説明 飲酒、刺激物の飲食は避けて下さい 我慢せずにお知らせ下さい 看護師がリストバンドを外します 次回外来までシャワーのみにして下さい

注1 場合によっては内容を変更することがあります。

No.080005 2019.10.21

上記内容について説明を受け、内容を理解し(同意します・同意しません)

年 月 日 患者氏名 (代理人の場合)代理人名

(続柄)