



<<入院診療計画書・退院療養計画書>>

ソケイヘルニアの手術を受ける患者さまへ（局所麻酔）

患者氏名 ○ 様 病名： 右・左 ソケイヘルニア 症状： 膨隆 担当医： ○ 印 受け持ち看護師：

項目	1月0日 手術前日	1月1日 手術前	手術後	1月2日 術後1日目	1月3日 退院日
達成目標	手術について理解できる		創部の異常、頭痛や嘔気などの合併症の症状がない		日常生活について理解できる
治療・薬剤 (内服)	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬を確認し、内服して頂きたいお薬のみお返しします 	<ul style="list-style-type: none"> () 時に便を出すための座薬を挿入します 指示されたお薬はいつも通りに飲んでください 	<ul style="list-style-type: none"> 手術室からの点滴が終わり次第、針を抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日、回診で医師が創の診察を行います（病院休診日は多少時間が前後することがあります） 	<ul style="list-style-type: none"> 回診があります 中止しているお薬は(/)から飲んでください
活動・安静度	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません シャワーに入って下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師見守りのもと歩行していただき問題なければ、病棟内であれば一人で歩いていただいてもかまいません 	<ul style="list-style-type: none"> 手術の際の消毒を落とすため簡単に看護師が体を拭きます 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません シャワー浴ができます 
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 特別な栄養管理の有・無 	<ul style="list-style-type: none"> (朝 ・ 昼) の食事は出来ません お水とお茶は飲んで構いません 	<ul style="list-style-type: none"> 術後、気分が悪くなければ、飲水・食事が出来ます 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> (朝 ・ 昼) の食事は出来ません お水とお茶は飲んで構いません 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の付き添いでトイレへ行けます 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	
患者様およびご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> 入院、手術について説明します 患者様識別のためにIDバンドを装着します 爪が長い方は切り、マニキュア・ジェルネイル・スカルプネイルも落としてください 術後に使用する寝巻き（浴衣タイプ）を準備してください 	<ul style="list-style-type: none"> 指輪・時計・めがね・義歯など金属類で外れるものは外してください 手術室に行く前に血栓予防のストッキングを着用することがあります 貴重品の管理はご家族でお願いします 	<ul style="list-style-type: none"> 術後は看護師が適宜お伺いします 何かありましたら遠慮なく申し出てください 	<ul style="list-style-type: none"> 術後合併症予防のために早期離床を促させていただきます 痛みがある場合は、看護師にご相談ください 	<p>《退院後の生活について》</p> <ul style="list-style-type: none"> 食事：制限はありません 仕事：通常のお仕事は構いません。力仕事の方は、次回外来時に相談してください 運動：激しい運動は避けてください 入浴：手術後1週間はシャワーのみにしてください。それ以降、創に問題がなければ入浴していただいてもかまいません。 今後は外来で定期的に経過をみます <p>《以下の症状がある際は外来へ相談してください》</p> <ul style="list-style-type: none"> 創の赤み、腫れ、膿がある 38℃以上の発熱がある 持続する嘔気や腹痛がある

注1 場合によっては内容を変更することがあります

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)