



0

<<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（腰椎麻酔）

0

患者氏名 ○ 様 病名：みぎ・ひだり 鼠径ヘルニア 症状： 担当医： ○ 印受け持ち看護師：

項目	月日	1月0日	1月1日	1月2日	1月3日
		手術前日	手術前	手術後	術後1日目
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	
治療・薬剤 (内服)		・21時に下剤を内服します ・抗凝固薬以外のいつも飲んでい るお薬は夜まで飲んでください	・6時または9時に便を出すための 座薬を挿入します ・朝 体重測定をしてください ・9時から以外の手術の場合は点滴 を開始します ・指示されたお薬は朝6時に飲んで ください	・点滴を投与します	・点滴があります お昼頃に終了となります ・採血があります ・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）
活動・安静度		・制限はありません 	・制限はありません 	・ベッド上で安静です 	・医師の診察後、歩くことがで きます（初回歩行は看護師が介助 します） ・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 
食事		・夕食後から禁食 ・お水、お茶は飲めます ・特別な栄養管理の必要性の （有・無）	禁飲食 ・歯磨き、うがいは可能です ・朝6時または（ ）時までお 水、お茶は飲めます	禁食 ・術後3時間よりお水、お茶は 飲めます 	朝から食事開始となります 
排泄		・制限はありません	制限はありません	手術室より尿の管が入ってきま す	トイレまで歩くことができれば尿の管を抜きます
患者様および ご家族への 説明		入院・手術について説明します 入浴の前にお臍の処置をします その後、入浴をして体の清潔にしてく ださい 爪の長い方は切り、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 患者様識別のためにIDバンド装着しま す	指輪・時計・めがね・コンタク トレンズ・義歯などや金属類で 外れるものは外してください 血栓予防のストッキングを着用 します	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	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 

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）

国家公務員共済組合連合会 立川病院

2024.5.28 036008