



患者氏名	○	様	病名：	症状：	主治医：	○	印	受け持ち看護師：
月日	1月0日				1月1日			
項目	入院（手術前日）				手術前			
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			
治療・薬剤（内服）	・日頃飲んでいる薬がありましたら確認をしますので看護師に渡して下さい ・看護師が渡す下剤を11時までに内服し、その後の排便の有無をお伝え下さい ・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 ・薬物治療について文書を用いて担当薬剤師が説明します				・指示された薬のみ内服して下さい ・当日内服 有・無（薬名_____） ・手術室に9時に入室される方以外は点滴を始めます			
活動・安静度	・安静度に制限はありません ・臍をきれいにします ・入浴またはシャワーに入って清潔にして下さい ・マニキュア、ペディキュア（ジェルネイル、スカルプネイル）ははずして下さい				・点滴が始まりましたら、なるべく安静にして下さい ・洗面、歯磨きはいつもどおりにおこなって下さい ・髪が長い方は束ねて下さい			
食事	・昼から低残渣食（消化管に負担をかけないような食事）を食べます ・病院食以外は食べないで下さい ・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） 栄養管理が必要な場合は、文書を用いて管理栄養士が説明します ・指定された飲み物のみ、 手術当日 _____時まで 飲んで構いません				・引き続き禁食です ・最後に飲んだ水分の量と時間を看護師に伝えて下さい			
排泄	・制限はありません							
患者様およびご家族への説明	・外来通院中に手術の説明を受けてない方は医師からの説明があります ・麻酔医からの説明があります ・看護師から手術前後の流れについての説明があります 《準備して頂く物》 生理用ナプキン5枚以上（夜用） T字帯またはフリーパンティ-1枚（病棟でも準備可能） 血栓予防ハイソックス（病棟で準備します） 《提出して頂く物》 手術同意書、麻酔同意書、輸血同意書などの書類 ナプキン1枚、T字帯またはフリーパンティ-				《手術室へ行く前に》 ・排尿、排便を済ませて下さい ・入れ歯、眼鏡、コンタクトレンズ、腕時計、指輪、ピアス、ネックレス、ヘアピン、ウィッグ（かつら）、湿布など体に身に付けているものはすべてははずして下さい ・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 ・血栓予防のハイソックスを履きます ・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歩いて行きます ・ご家族は終了まで手術待合室でお待ち下さい ・院内で使用可能なPHSを借用希望の方は手術室で看護師に伝えて下さい			

注1 場合によっては内容を変更することがあります。



患者氏名 様

月日	1月1日	1月2日	1月3日	1月5日	1月6日
項目	手術後	手術後1日目	手術後2～3日目	手術後4～5日目	手術後6日目～退院日
達成目標	・出血や痛みがなく経過する ・歩行できる			・退院後の生活に不安なく退院できる	
治療・薬剤 (内服)	・酸素マスク、点滴は引き続きおこないます ・足に血栓予防のためマッサージ器をつけます	・朝血液検査があります ・午前中にマッサージ器をはずします ・中止と言われていない薬は再開して下さい	・2日目の点滴終了後針を抜きます	・4日目の朝血液検査があります	《退院日の流れ》 ・朝10時に退院の手続きができます ・会計が終わりましたら病棟カウンターにお寄り下さい ・診察券と次回外来予約票をお渡しします ・リストバンドは退院時に看護師がはずします
活動・安静度	・ベッド上安静ですが横向きはできます	・体を拭いた後に看護師と一緒に歩く練習をします ・午前中に体を拭きます ・洗髪できます	・歩けるようになりましたら、徐々に活動範囲を広げましょう ・シャワーに入れます		
食事	・禁飲食です	・朝から飲水できます ・昼から5分粥食、全粥食、常食（治療食）と形態が変更します	・制限はありません		
排泄	・尿道に管が入っていますので自然に尿が排泄されます ・排便はベッド上で便器で行います	・午前中に尿の管を抜きます ・温水洗浄便座などで陰部の洗浄して下さい	・制限はありません		
患者様およびご家族への説明	・手術後に痛みや吐き気があれば我慢せずにお知らせ下さい	・適宜ナプキンの交換を行って下さい ・生理2日目のような出血量のある時はお知らせ下さい	《退院後の注意点》 ・お腹の痛みや発熱、出血が多い等ありましたら、決められた日以外でも外来受診をして下さい ・子宮摘出した方は術後2週間まではシャワーのみにして全身を清潔にして下さい ・性交渉は医師の許可をもらうまで控えて下さい		

注1 場合によっては内容を変更することがあります。

072003 2025.12.22

リハビリテーション・退院支援が必要な場合は、文書を用いて説明します

年 月 日 患者氏名

(代理人の場合) 代理人名

(続柄)