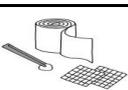


胃の手術を受けられる患者様へ

入院日・手術前日	
日時	／
目標	<input type="checkbox"/> 夜間入眠することができる <input type="checkbox"/> 心身ともに手術を受ける準備ができる <input type="checkbox"/> わからないことは、話して解決できる <input type="checkbox"/> その他
検査・処置	<input type="checkbox"/> 昼：液体の下剤、眠前：下剤2錠を飲んでいただきます <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 20px;">   </div>
安静度	<input type="checkbox"/> 制限はありません
食事	<input type="checkbox"/> 朝・昼食：普通食 <input type="checkbox"/> 昼食後は絶食です ☆間食はしないでください ☆水分(水かお茶)は飲めます <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 10px;">   </div>
清潔	臍の掃除をした後に、シャワー浴をします
点滴・薬	点滴があります
排泄	便の回数を確認します
説明	<input type="checkbox"/> 手術について医師より説明があります(事前に外来で行う場合もあります) <input type="checkbox"/> 麻酔科医の診察があります <input type="checkbox"/> 歯科の診察があります <input type="checkbox"/> 手術に必要な物品やご家族の来院時間などについて説明をします ☆ 時 分に入退院室で入院申込書を提出してください ☆ 外来へお越しください <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 20px;">  </div>
評価	日付: _____ 患者様のご署名: _____ 担当看護師: _____

胃の手術を受けられる患者様へ～術当日～

	手術前	手術後
日時	／	
目標	<input type="checkbox"/> 手術に備えた準備が出来る	<input type="checkbox"/> 痛みがあるときは、我慢せず話すことができる <input type="checkbox"/> ベッド上にて体の向きを変えることができる <input type="checkbox"/> ベッド上で足の運動ができる
検査・処置		<input type="checkbox"/> 手術中に背中から痛み止めの管、鼻から胃への管などが入ります <input type="checkbox"/> お腹に術後の経過観察のための管が入ります <input type="checkbox"/> 血栓予防のマッサージ機を足につけます <input type="checkbox"/> 手術後は約1～2時間おきに看護師が具合を見にきます。
安静度	<input type="checkbox"/> 部屋で静かにお待ちください	<input type="checkbox"/> ベッド上安静です ☆寝返りを打つなど体は動かさませんが、いろいろな管が入っているので、はじめは看護師と行いましょう！
食事	<input type="checkbox"/> 絶飲食です	<input type="checkbox"/> 絶飲食です ☆口が渴いたときはうがいができます
清潔	<input type="checkbox"/> 洗面、歯磨きは行ってください (化粧はしないでください) <input type="checkbox"/> 外せるものは外してください (アクセサリー、入れ歯、時計など)	<input type="checkbox"/> 汗などで汚れたときは体を拭かせていただきます 
点滴・薬	<input type="checkbox"/> 点滴があります 	<input type="checkbox"/> 24時間点滴があります
創部		<input type="checkbox"/> 創部の観察を行います 
排泄	<input type="checkbox"/> 手術に行く前に排尿を済ませてください	<input type="checkbox"/> 手術中に尿を出すための管が入ります
呼吸		<input type="checkbox"/> 酸素吸入を行います
説明	<input type="checkbox"/> ご家族の方は手術開始約30分前までにお越しください <input type="checkbox"/> 待機場所は担当看護師より説明があります	<input type="checkbox"/> 手術中、ご家族の皆さんは待機場所で、お待ちください 

胃の手術を受けられる患者様へ～手術後1日目から3日目～

	術後1日目	術後2日目	術後3日目
日時	／	／	／
目標	<input type="checkbox"/> 痛みをコントロールすることができる <input type="checkbox"/> 立ち上がり、可能であれば歩行できる <input type="checkbox"/> トイレ・洗面など身のまわりのことが行える <input type="checkbox"/> 足の運動を行い、静脈血栓および肺塞栓症を起こさずに過ごすことができる		
検査・処置	<input type="checkbox"/> 採血・レントゲンの検査をします <input type="checkbox"/> 医師が鼻の管を抜きます		<input type="checkbox"/> 採血があります <input type="checkbox"/> 医師が背中からの痛み止めの管を抜きます
安静度	<input type="checkbox"/> 起きる事から始め、座位・立位・歩行練習を行いましょ 		
食事	<input type="checkbox"/> 絶食です <input type="checkbox"/> 主治医の指示で飲水可能になります 		<input type="checkbox"/> 昼：栄養ドリンク1本 
清潔	<input type="checkbox"/> 身体を拭きます ☆汗をかいた後や汚れた時などお知らせください		
点滴・薬	<input type="checkbox"/> 点滴があります <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする注射が始まります(7日間)	<input type="checkbox"/> 点滴があります	<input type="checkbox"/> 点滴があります
創部	<input type="checkbox"/> 必要時ガーゼ交換をします 		
排泄	<input type="checkbox"/> 排ガス・便の有無を確認します		
呼吸	<input type="checkbox"/> 必要時酸素吸入をします		
説明	☆痛いときや吐き気がある時などはお薬を使用できるため、看護師に教えてください ☆診断書の必要な方は1F2番窓口までお申し付けください		

胃の手術を受けられる患者様へ～術後4日目から7日目～

	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目
日時	/	/	/	/
目標	<input type="checkbox"/> 夜間良く眠ることができる <input type="checkbox"/> 食事の際の注意点がわかる <input type="checkbox"/> ゆっくり、良く噛んで、少しずつ食事を食べることができる <input type="checkbox"/> 排便がある			
検査・処置		<input type="checkbox"/> 医師がお腹の管を抜きます(個人差あり)		<input type="checkbox"/> 採血があります
安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません <input type="checkbox"/> 歩行練習を進めましょう。 <input type="checkbox"/> 歩行ができれば、尿の管を抜き、足のマッサージ機を外します			
食事	<input type="checkbox"/> 昼から胃術後食5分粥が始まります ☆午前と午後に間食があります		<input type="checkbox"/> 昼から胃術後全粥になります ☆間食があります 	
清潔		<input type="checkbox"/> すべての管が抜ければシャワーが可能です 		
点滴・薬	<input type="checkbox"/> 点滴があります			<input type="checkbox"/> 点滴は終了です <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする注射は終了です
創部	<input type="checkbox"/> 創部の観察を行います 			
排泄	<input type="checkbox"/> 排便・排ガスの有無を確認します			
説明	☆食事開始時、全粥になるときに栄養士から食事についての説明があります ☆診断書の必要な方は1F2番窓口までお申し付けください			
評価	日付:	患者様のご署名: 担当看護師:		

