
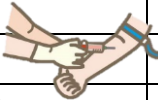
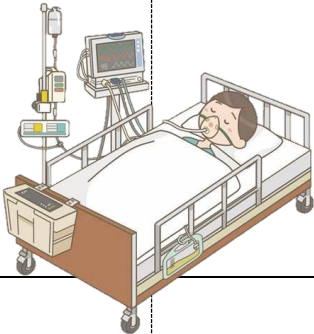


日付	/ ()	/ ()	
	入院前支援～入院前日	入院～手術2日前	手術前日
目標	1. 心身ともに手術を受ける準備ができる > 入院、治療について説明を受け、わからないことは話すことができる > 夜間入眠することができる		
検査			
治療・薬	・入院時常用薬は 14 日分持参してください。 お薬手帳の持参もお願いします。 ・中止薬 あり / なし [/ ~ は中止です]	常用薬があれば医師確認後内服開始します。	眠れない場合睡眠導入剤をお出しします。
処置			
安静度	可能な限り自宅安静を心掛け、マスク装着や人混みを避けるなど感染予防対策をとってお過ごしてください。	院内フリー お部屋の中でも出来るだけマスクの装着をお願いします。	
食事	・食事の制限はありません。 ・全身状態に応じた栄養摂取ができるように栄養管理を行います。アレルギーや食事内容にご希望がある際にはお知らせください。 ・朝食時の乳製品が選べます。(牛乳、ヤクルト、ヨーグルト、豆乳)	制限はありません。 ※血糖測定をしている方は間食を控えてください。	夕食までは制限ありません。 ※夕食後の飲食については別途説明します。
清潔	入浴・シャワー浴を行い清潔にしましょう。	シャワー浴可。	ひげを剃って下さい。
その他の説明等	・入院生活や入院中の流れについてご説明します。 ・転倒転落予防対策をさせていただきます。踵のある靴をご持参ください。 ・褥瘡(床ずれ)について危険性に合わせて予防対策をさせていただきます。 ・個室のご希望に沿えない場合もございます。	・入院当日は、入院の準備と入院手続きに必要な書類を持って入退院室にお越しください。 ・入院オリエンテーション ・麻酔科の診察があります(/)	

* 食事や処置の日付等は目安となります。 わからないことがあれば看護師にお声がけください。

手術必要物品 手術前日までに準備してください

- ・平オムツ(テープ式) 1枚 :手術当日、術後に使用します
- ・曲がるストロー(または吸い飲み) :うがいなどに使用します

日付	/ ()			/ ()		/ ()	
	手術前	手術中	手術後	手術後1日目		手術後2日目～退院日	
目標	1. 痛みがある時は我慢せず話することができる 2. ベッド上で身体の向きを変えたり、足首を動かすことができる			1. 創を清潔に保つことができる		1. 退院後の生活についてイメージできる ➢ 避けた方がよい行動がわかる ➢ 受診の目安が理解できる	
検査		採血		採血			
治療・薬			点滴をします	<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします(点滴終了)。 常用薬があれば朝から再開。 			
手術開始時間 : ~開始予定 / 手術所要時間 時間 分予定							
処置		心電図モニター 酸素マスク フットポンプ	} を装着	<ul style="list-style-type: none"> 初回離床後心電図モニターとフットポンプを外します。 おしっこの管が入っている場合は歩行後医師の指示で抜去します。 創部がガーゼで圧迫されている場合は回診時に外します。 		創部は毎日洗い清潔にしましょう。	
安静度		<ul style="list-style-type: none"> ベッド上安静ですが、寝返りや手足を動かすことは可能です。 医師の指示があれば夜からトイレ歩行可能になります。(術当日ベッド上安静の場合は翌日から) 初回歩行は看護師見守りのもと行います。 		<ul style="list-style-type: none"> 初回離床後は痛みに合わせ、転倒に注意して歩行しましょう 		<ul style="list-style-type: none"> 激しい運動(ゴルフ、水泳等)や重い物を持ち上げることは下腹部(創)の負担になるので避けましょう。 長時間の運転やサイクリングは避けましょう。 	
食事		<ul style="list-style-type: none"> 絶食 飲水開始時間は別途説明します 		朝～食事再開		バランスよく食事摂取しましょう。	
清潔				全身清拭、陰部洗浄		退院後から入浴可ですが長湯は避けましょう。	
その他説明等				<p>以下のような症状が出た時は、次回受診日に関わらず病院へ連絡し、受診の必要有無を確認して下さい</p> <ul style="list-style-type: none"> おしっこが出せない、血尿(鮮血で濃い尿)になった 陰嚢が腫れてきた 創が膿んできた、創の強い痛みがひかない 38度以上の発熱がある 			

入院前説明日(/) 患者サイン _____ /看護師サイン _____

入院時説明日(/) 患者サイン _____ /看護師サイン _____

退院時評価日(/) 患者サイン _____ /看護師サイン _____