

腹部大動脈瘤人工血管置換術 入院診療計画書

傷病名①

傷病名②

症状 事前検査による異常所見
 患部の自覚症状
 (疼痛 腫脹)

予定入院期間:

入院病棟:

担当医

副担当医

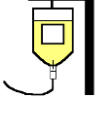
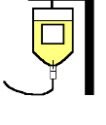











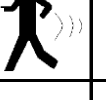




看護師

薬剤師

管理栄養士

退院調整担当

患者さんのお名前

日付	入院日	手術前日	手術当日	手術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6~9日目	10~11日目	12日目~14日目(退院日)	
	/	/	手術前	手術後	/	/	/	/	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
患者さんの目標	疾患、手術について理解し、不安なく手術をむかえることができる。			術後合併症がなく経過する(感染兆候がない)。術後の安静の必要性を理解できる。					退院後の日常生活の注意点を理解できる。			
治療注	常に服用している薬があれば、医師か看護師に申し出てください。血液が固まりにくくなる薬や糖尿病の薬などを飲んでいる方は必ず申し出てください。服薬については医師の指示に従ってください。	手術前に点滴をします 	手術前 点滴をします 	点滴を抜きます 必要時、薬が出ます。 酸素吸入をします。 胃管を挿入します。(腸蠕動運動聴取でき、排ガスあれば抜去)	点滴を抜きます 回診時ガーゼ交換があります。 内服を開始します。 							
検査	指示により検査があります。 アレルギーの確認をします。 血糖を測定します。(糖尿病患者)		心電図モニターを装着します。 	立位可となったら朝食前に体重測定します。 1日6回、体温などを測定します。	1日4回、体温などを測定します	1日3回、体温などを測定します	1日2回、体温などを測定します	医師に確認し、モニターを取り外します				
食事	食事ができます。 手術当日の朝から絶飲食となります。		朝から絶飲食となります。	術後、翌朝から食事が可能で、飲水制限なしです。	食事ができます 							
清潔	入浴できます。 髭剃り、歯磨きをします。		髭剃り、歯磨きをします	口の中の清潔が保てるよう観察します	1日おきに看護師がタオルで体を拭きます						手術創に問題がなければシャワーできます	
排泄	トイレへ行けます		手術前に済ませます	必要時、尿の管が入ります			術後2日目以降、歩行可能であれば管を抜きます。	トイレへ行けます 				
活動安静度	病院内自由です。 		ベッド上安静です 	術後問題がなければ、室内のトイレのみ歩行可能です 			歩行が安定していれば病院内自由です 					
説明指導	入院・手術後の経過について説明をします 		手術後、医師より家族に説明をします 						退院後の日常生活について説明をします 			
看護				痛みが強い痛みが強い場合は我慢せず知らせてください。麻酔がさめてから看護師が付き添い歩行します。無理なくリハビリ足首の運動を行ってください。手術翌朝より弾性ストッキングを装着します。ガーゼ交換を行います。								
栄養褥瘡自立度	・特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 過去 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たきり			■診療費概算(医事課) ●1割負担で200,000円前後、2割負担で400,000円前後、3割負担で600,000円前後 ※上記はあくまでも概算となっておりますので、参考にしてください。 ●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。 ※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。 ●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。 ●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)								

上記のとおり説明を受けました 年 月 日



患者本人署名

親族または代理人署名

続柄