

ID	<<SYPID>>	患者氏名	<<ORIBP_KANJI>> 様
----	-----------	------	-------------------

## 婦人科・膣式子宮全摘出術を受けられる方へ

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。 ※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	2018年4月1日	4月2日		4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月8日
経過	入院(手術前日)	手術当日		手術1～2日後		手術3日後	手術4～6日後	
		術前	術後					
達成目標	<input type="checkbox"/> 術前の処置・必要物品が理解できる <input type="checkbox"/> 医師の説明が理解できる <input type="checkbox"/> 手術に対する不安や疑問を言える	<input type="checkbox"/> 絶飲食指示が守れる <input type="checkbox"/> 手術に行く前の準備ができる	<input type="checkbox"/> 術後の安静指示が守れる <input type="checkbox"/> 痛みが我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナブキンに付着程度である	<input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みが我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナブキンに付着程度である <input type="checkbox"/> トイレ歩行ができる	<input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みが我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナブキンに付着程度である	<input type="checkbox"/> 発熱がない <input type="checkbox"/> 痛みが我慢しないで過ごすことができる <input type="checkbox"/> 性器出血がある場合はナブキンに付着程度である <input type="checkbox"/> 退院後の生活に不安がない		
検査治療処置	<input type="checkbox"/> 採血をします <input type="checkbox"/> 弾性ハイソックスの測定を行います <input type="checkbox"/> 必要時、除毛を行います	<input type="checkbox"/> 手術室に行く前に浣腸を行います <input type="checkbox"/> 術衣に着替え弾性ハイソックスをはきます	<input type="checkbox"/> 酸素吸入を行います <input type="checkbox"/> 足にフットポンプを装着します <input type="checkbox"/> 痛み止めは医師の指示に従って対応します <input type="checkbox"/> 膣内にガーゼが入っていることがあります	<input type="checkbox"/> 採血をします <input type="checkbox"/> フットポンプをはずします		<input type="checkbox"/> 診察をして問題なければ退院の許可が出ます		
内服薬注射	<input type="checkbox"/> 15時頃に下剤を内服します <input type="checkbox"/> 常用薬があれば薬剤師または看護師にお伝えください	<input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください		<input type="checkbox"/> 内服薬は医師の指示に従ってください				
活動安静度	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 	<input type="checkbox"/> ベッドの上半身を徐々に上げて座り、看護師見守りの下自室内のトイレまで歩行します	<input type="checkbox"/> 制限なし			
食事	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりできません 	<input type="checkbox"/> 食べられません <input type="checkbox"/> 飲み物は医師の指示にて始まります	<input type="checkbox"/> 医師の指示にて食事が始まります	<input type="checkbox"/> 制限なし			
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴・洗髪		<input type="checkbox"/> 歯磨きはベッド上で行います	<input type="checkbox"/> 体を拭いて着替えます	<input type="checkbox"/> 短時間で無理のないようにシャワー浴を実施してください	<input type="checkbox"/> 制限なし		
排泄	<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 手術室より尿管を挿入しています	<input type="checkbox"/> 医師の指示があるまで尿管を挿入しています <input type="checkbox"/> 初めてのトイレ歩行時は、看護師が付き添います	<input type="checkbox"/> 術後排便があればお知らせください 			
指導説明書類	<input type="checkbox"/> 医師より病状説明(手術・麻酔・輸血説明・同意書配布) <input type="checkbox"/> 肺血栓症予防についての説明・同意書 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(ネームトバンドの装着) <input type="checkbox"/> 術前オリエンテーション(必要物品の説明・確認) <input type="checkbox"/> 爪切り・マニキュア除去確認 <input type="checkbox"/> 患者用パス・入院診療計画書の説明 <input type="checkbox"/> 病衣の使用許可	<input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクト・入れ歯・化粧・アクセサリー等の金属類をはずしてください <input type="checkbox"/> 化粧はしないでください	<input type="checkbox"/> ベッド上安静中も寝返りや下肢の運動を積極的に行ってください <input type="checkbox"/> 排ガス(おなら)があれば、腸が動いている証拠となりますので、お知らせください 	<input type="checkbox"/> 歩行できれば弾性ハイソックスを脱いでください <input type="checkbox"/> トイレ使用時は、ウォシュレットで陰部を清潔にしてください	<input type="checkbox"/> 下肢の運動を積極的に行ったり、できる限り歩行して血液の流れを良くしましょう <input type="checkbox"/> 「退院のしおり」を用いて退院指導をします 	<b>【退院基準】</b> ・発熱がない ・痛みが我慢しないで過ごすことができる ・性器出血がある場合は、ナブキンに付着程度である ・術後、排ガスまたは排便がある <b>【退院後の治療計画】</b> ・内服薬がある場合は継続 <b>【退院後の生活について】</b> ・「退院のしおり」指導のパンフレットを参照してください ・性器出血が急に増えた、発熱、腹痛、吐き気などの症状や、何か特別に心配、困ったことがある場合はご連絡ください		
リハビリ・その他					<b>【連絡先】</b> 徳島大学病院:088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 産科婦人科外来:088-633-7175	<b>【指導】</b> ・服薬指導		