

ID		患者氏名	様	人工内耳埋込み術を受けられる方へ(金曜入院)【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】			
----	--	------	---	--	--	--	--

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つたら、担当医又は看護師にお尋ねください。

年月日	年 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	月 日	
経過	入院	手術前々日~前日	手術当日	手術1日後	手術2~4日後	手術5日後(術後5日間で退院)	
達成目標	手術について理解できる	手術について理解できる	手術について理解できる	痛みや他の症状が報告できる	めまいがなく安全に歩行できる	耳の後ろの管の抜去後、洗髪、シャワー浴ができる	退院後の生活が理解できる
検査治療処置	<input type="checkbox"/> 医師の診察があります <input type="checkbox"/> 手術に必要な検査をする場合があります <input type="checkbox"/> 麻酔科の術前診察があります			<input type="checkbox"/> 医師診察・処置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 心電図モニター装着 	<input type="checkbox"/> 医師診察・処置 	<input type="checkbox"/> 耳の後ろの管の抜去	<input type="checkbox"/> 拔糸 
内服薬注射	<input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります		<input type="checkbox"/> 常用薬の内服は麻酔科の医師の指示に従ってください	<input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生素点滴	<input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生素点滴	<input type="checkbox"/> 抗生素点滴、内服	<p><b>【退院基準】</b>            ①めまいがない            ②耳漏、出血がない            ③外来通院処置が可能である</p>
活動安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 指示に従ってください	<input type="checkbox"/> ベッド上安静	<input type="checkbox"/> 病棟内制限なし	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<p><b>【退院後の治療計画】</b>            定期的に耳処置を行います            医師の指示がある場合に点耳してください</p>
食事	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 手術日は絶食となりますので何も食べないでください <input type="checkbox"/> 水分は麻酔科の指示に従ってください		<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<input type="checkbox"/> 常食または治療食	<p><b>【指導】</b>            内服指導            退院指導</p>
清潔	<input type="checkbox"/> 制限ありません	<input type="checkbox"/> 制限ありません			<input type="checkbox"/> 全身清拭	<input type="checkbox"/> ガーゼがとれるまでドライシャンプー <input type="checkbox"/> 以後、イヤーキャップをすればシャワー・洗髪	<p><b>【退院後の生活について】</b>            手術部位の異常があればすぐに連絡をしてください            イヤーキャップをすれば自宅でも入浴・洗髪できます</p>
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 尿の管が入っています	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	
指導説明書類	<input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 医師より手術内容と経過等の説明 <input type="checkbox"/> 手術の説明を受けた後、手術の同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 手術する側の手に印をつけます		<input type="checkbox"/> 手術前にハイソックス、T字帯、手術着へ更衣   <input type="checkbox"/> 入れ歯、コンタクトレンズ、時計、指輪などの金属類、シップ、マニキュア(手足)は必ず外しておいてください 	<input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります 		<input type="checkbox"/> 診断書・保険書類等がある方は診断書窓口へ持参してください	<p><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  <b>耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来:電話 088-633-7166</b></p>
リハビリ・その他							