




入院診療計画書 下肢静脈瘤手術を受ける患者様へ [右 ・ 左] (局所麻酔用)

ID () 氏名 () 様 病名 () 説明日 (年 月 日)
 病棟 () 担当医師 () 看護師 ()

月/日	/	/	/	
経過	外来受診	入院・手術前日・手術当日【術前】	手術当日【術後】	
目標	心身ともに安定した状態で手術が受けられる 術前ケア・準備に対し理解できる 手術前後の経過を理解できる	術後合併症を起こさない 術後安静が守れる	術後合併症を起こさない 歩行できる 日常生活の注意点が理解できる	
食事	普段通り食事をしてください	食事 絶食あり (午前0P朝食なし・午後0P昼食なし) 飲水 絶飲水なし	普通食・治療食です	
清潔	入浴 シャワーはできるだけ入院前日にすませてください		★シャワー可	
説明	病状・手術・入院生活について説明します <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> アレルギーの有無：有・無 <input type="checkbox"/> 入退院支援窓口での説明 <input type="checkbox"/> 身長・体重測定 マニキュア、ジェルネイル、エクステ(睫毛・頭部)・ポディーピアスなどは外してきて下さい	<input type="checkbox"/> 手術や検査などで必要な同意書の確認をします <input type="checkbox"/> 看護師より手術前の経過・処置について説明を行います <input type="checkbox"/> 足の甲の脈が触れる箇所印をつけます ※下記は手術当日の経過になります <input type="checkbox"/> アクセサリ・眼鏡・時計・入れ歯などは外して頂きます <input type="checkbox"/> 手術着に着替えて頂きます <input type="checkbox"/> 手術前に血圧・脈拍・体温を測ります ★看護師と共に手術室へ行きます ★術中医師より手術の経過について説明する場合がありますのでご家族の所在を確認します。 手術中必ずどなたかが院内で待機してください ★手術室への出稼予定時刻は【 】時です	★医師の指示があれば薬剤投与をします ★術後の痛みについては看護師に申し出て下さい ★医師より手術結果の説明があります 	★術後の経過について説明します <input type="checkbox"/> 次回、外来受診について説明します <input type="checkbox"/> 月 日 (水) 心臓血管外科の予約を行い来院してください <input type="checkbox"/> その後の受診は、 <u> 月 日</u> 後・ <u> 月 日</u> 後です (外来受診時エコー検査あります) <input type="checkbox"/> 退院後の傷の処置について説明します (別紙あり) 【弾性ストッキング・ガーゼ・サージカルパッド・テープの購入について】 ※傷の確認を行うときに、自宅での傷の処置方法と弾性包帯の巻き方、弾性ストッキングの着用について説明します <input type="checkbox"/> 退院指導 ①術後2～3日は浸出液があります。必ずシャワー浴を行い創部を清潔にしてください。(創部への石鹸使用は控えてください) ②弾性包帯の着用をお願いします ③次回の外来受診後から弾性ストッキングの着用をお願いします ④日常生活は特に制限はありません ⑤激しい運動の開始については医師の指示に従ってください
活動			★制限はありません	
注射 内服 処置	入院時、薬・お薬手帳をお持ち下さい <input type="checkbox"/> 中止薬 有・無 薬剤 () 月 日～休業 	<input type="checkbox"/> 下肢の汚れ取りを行います	<input type="checkbox"/> 検温をします <input type="checkbox"/> 術後の採血をします <input type="checkbox"/> 抗生剤の点滴をします ★下肢を上げて血流を良くします ★麻酔が覚めたら、DVT(深部静脈血栓症)予防のためしっかり動いてください ※安静は必要ありません	<input type="checkbox"/> 傷の確認・ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 抗生剤内服 3日間 ※必要時 痛み止めの頓服をお渡します
検査	入院に必要な検査を行います <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲンなど <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスPCR検査 (/)	採血・レントゲンなど医師の指示があれば適宜お伝えします 		<input type="checkbox"/> 採血・下肢静脈エコー検査 ※下肢静脈エコーは医師が病棟で血栓の有無について確認します
特別な栄養管理の必要性		有		

注1)病名・入院期間等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わり得るものです。
 注2)病状等により担当スタッフが変更になる場合がありますので、ご了承下さい。
 注3)病室は、緊急入院の関係上、入院日当日にご案内いたします。また、病棟においても変更の可能性があります。

本人(又はその代理人)署名： _____
 (続柄：)

文書コード【 】