

主治医：_____

主治医以外の担当者 _____

薬剤科 _____

栄養科 _____

患者氏名： _____ さま 病名/症状： _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行ないます。この説明用紙は入院時に必要になるため必ずご持参ください。【予定入院数3日】

日時	月 日	月 日	月 日	
経過	入院当日	手術前	手術後	退院日
手術 処置 治療		手術着に着替えます □手術入室は__時__分 □手術入室は午前・午後オンコール	患部が体より上になるようにし アイスノンで冷やします	9時過ぎに医師の回診があります 創部の処置を行います 
点滴 内服薬	ありません	ありません	点滴1本・抗生物質の点滴を行います 	6時ごろ抗生物質の点滴を行います 朝食後から内服薬があります 
清潔	シャワー浴可 病棟受付で予約を取ってください	ご希望であれば体を拭くタオルを お渡しします		退院後はシャワー浴が可能です
安静 活動	制限はありません	手術室に行くまでお部屋で お待ちください 	3時間後までベッド上安静です 	制限はありません
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	夕食をお出しします 絶食__時から 	絶飲__時から 術前経口補水液を__時までに飲んで ください	3時間後から飲食可能です 夕食は食べられます 	朝食をお出しします 
排泄	制限はありません	制限はありません	3時間後から看護師の付き添いで トイレ歩行可能です	制限はありません
その他	担当薬剤師が持参薬・お薬手帳の確認 と 治療薬の説明をします 		痛みの強いときや気分の悪いときは我 慢せずナースコールを押して下さい 	会計が出来ましたら看護師がお部屋にお伺いします お帰りの際に正面玄関会計窓口でお会計をお願いします 外来予約表、退院処方、退院療養計画書をお渡しします
看護計画	入院生活を安全に過ごしていただくために、誤認防止、転倒・転落防止、感染症対策に努めていきます			説明した看護師 _____ 20 年 月 日 パス表に基づき、説明を受け承諾いたしました。 本人またはご家族： _____

○経過説明の内容は標準的なものであり、年齢、合併症により
予定している治療内容や入院期間の変更が生じることがあります。