

患者氏名： _____ さま 病名/症状： _____

〇上記パスの内容【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 5日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日～ 月 日	月 日から	月 日
経過	入院日	手術前	手術後	手術翌日から抜糸まで	抜糸翌日から退院前日	退院日
手術 処置 治療		手術着に着替えます □入室は 時 分 □入室は 午前オンコール □入室は 午後オンコール	心電図モニター (翌朝6時まで) 血圧計を装着します 酸素マスクを4時間装着 します 創部にドレーンが入ります	9時頃から医師の回診があります 採血 月 日 月 日 月 日 CT 月 日 レントゲン 月 日 ドレーンは排液量に応じて抜去します	採血 月 日 レントゲン 月 日  	ありません 
点滴 内服薬	ありません	持参薬の中止は指示に 従ってください	翌朝まで点滴を2本 行います 抗生物質の点滴を行います 	月 日まで抗菌剤の 点滴があります 手術翌日から鎮痛剤の処方があります 持参薬の再開は指示に従っ てください	処方薬をお飲みください 	
清潔	シャワー浴ができま す 病棟受付で予約が 取れます 	ご希望であれば体を拭く タオルをお渡しします		体を拭くタオルをお渡しします 洗髪は可能ですのでご希望であれば 看護師にお声かけ下さい	シャワー浴ができます 病棟受付で予約が取れます 	
排泄	排便が3日以上ない 場合は浣腸を 行います	制限はありません	お小水の管が入ります	車椅子でトイレに行けるようになればお小水の管を抜きます 車いすや歩行器でのトイレは安定するまでお手伝いします ナースコールでお呼びください		
安静度	院内であれば制限は ありません 	入室までお部屋で お過ごし下さい 	翌朝までベッド上安静 となります 寝返りは看護師が お手伝いします 	手術翌日から活動の制限はありません リハビリがあります 車いす・歩行器・自立歩行と進めていきます 		制限ありません
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 時から絶食とな ります	絶飲 時からとなります □術前経口補水液を 時までに飲んで下さい	絶飲食です	朝からおかゆ食をお出しします ご希望であれば米飯食に変えますので看護師にお伝えください		朝食をお出しします 
説明 指導	リハビリ用のかかとの ある靴を準備して 下さい 担当薬剤師が持参薬 の確認をいたします	心配な事や手術後の痛みや気分不快は我慢せずに ナースコールを押してください 		担当薬剤師が処方薬の説明をいたします 		お会計が済みましたら看護師がお部屋 にお伺いしますのでお待ちください 外来予約票・退院処方 退院療養計画書 をお渡します 
その他			手術後の 観察をさせていただきます			
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： _____		

〇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。