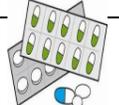


患者氏名： _____ さま

病名： _____

薬剤科 _____ 栄養科 _____

○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 21～28日間】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日～ 月 日	月 日から
経過	入院日	入院翌日～手術前日	手術当日	手術翌日から抜糸まで	抜糸翌日から退院日
手術 処置 治療		主治医手術説明 _____ 月 _____ 日 時 麻酔科受診 _____ 月 _____ 日	手術後は心電図モニター、血圧計を装着します 創部を冷やします 全身麻酔の場合は酸素マスクを4時間装着します	9時頃から医師の回診があります 創部を冷やします 採血 _____ 月 _____ 日 	採血 _____ 月 _____ 日 採血 _____ 月 _____ 日 レントゲン _____ 月 _____ 日 レントゲン _____ 月 _____ 日 
点滴 内服薬	常備薬とお薬手帳をご持参 下さい ありません	痛みが強いときには痛み止めを使用 します	翌朝まで点滴を行います 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 痛み止めの内服が処方されます	処方薬をお飲みください 痛み止めは手術後3週目から減量になります 
清潔	タオル拭かせていただきます				シャワー浴ができます 
排泄		排便が3日以上無い場合は 浣腸を行います	手術中にお小水の管が入ります	手術翌朝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	ベッド上安静  	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 	手術翌日から活動の制限はありません リハビリをしながら車いす・歩行器・杖歩行・自立歩行と進めていきます リハビリ室へは呼ばれたらご案内します 	
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	お食事をお出しします 		絶飲食です 	朝からおかゆ食をお出しします 	
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 
その他				必要に応じて、ソーシャルワーカーと共に退院調整をいたします 	

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。