

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	※休日に入院の方は直接14時にB4病棟へお越しください 	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 手術室で除毛を行います	心電図モニター・血圧計を装着します 酸素は4時間行います	6時ころに心電図モニターを外します 朝食後に創部の処置があります お部屋でお待ちください 
点滴内服薬	ありません	ありません	点滴2本・抗生物質の点滴を行います 	6時こ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		退院後の制限はありません
安静活動	制限はありません	制限はありません	4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	4時間後から飲水可能です	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	4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・お薬手帳の確認と処方薬の説明をします 	手術後の観察をさせていただきます 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 		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 外来予約票、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。

○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。

本人またはご家族： _____