









主治医：_____

主治医以外の担当者 _____

患者氏名： _____ さま 病名/症状： _____

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 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 <input type="checkbox"/> 手術入室は 時 分 <input type="checkbox"/> 手術入室は午前・午後オンコール	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 手術後 1週間発声禁止 になります	6時頃に心電図モニターを外します
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	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 	<input type="checkbox"/> 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	常食をお出しします  
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 と治療薬の説明をいたします  	手術後の観察をさせていただきます 手術後は声が出せないので筆談やジェスチャーで症状をお伺いします 痛みや気分不快は我慢せず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。	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。