

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： 膿胸・胸膜炎 _____

○上記パスの内容【入院診療計画書】に基づいた医療を行います。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 14日】

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
経過	手術前日（入院日）	手術当日（手術前）	手術当日（手術後）	術後 1 日目	術後 2 日目	術後 3 日目 以降	退院日
検査 処置 治療	手術後呼吸リハビリのための受診があります 	手術部位周囲に印を付けます 手術着に着替えます 入室 : 5分前に病棟を出発します	手術後は胸にドレーン（管）が入っています 病室に戻ったら心電図・酸素・自動血圧計・血栓予防のマッサージの機械をつけ、採血をします 術後の創部の観察をします 夜間も適宜検温を行います 痛みが強いときは痛み止めのお薬を使用します	朝、採血を行います 退院まで毎日午前中にレントゲンをとります リハビリがはじまります	朝、採血を行います 退院まで毎日リハビリをします	4日目・6日目・9日目・12日目・16日目に朝、採血を行います 毎日のレントゲンの結果によりドレーンが抜けます 胸の管を抜いたところを医療用のホチキスで留めガーゼで保護します（管が抜ければ退院の許可が出ますので翌日以降退院できます）	レントゲンの結果で退院が決定します 管を抜いたところのガーゼを絆創膏にはり替えます 
点滴 内服薬	常用薬は持参してください 持参されたお薬を確認し、飲んでいただきます 	必要に応じて薬が処方されます	点滴を行います 	朝から痛み止めの内服薬がでます 内服再開は指示に従ってください 補液の点滴の他に抗生剤の点滴を10時と20時に行います 朝・昼・夕に吸入を行います 	補液の点滴の他に抗生剤の点滴を10時と20時に行います 	抗生剤の点滴を10時と20時に行います 4日目を以降はありません	
清潔	ご自宅で入浴してきてください（マニキュアやジェルネイルも除去してください） 			看護師が手伝いながら体を拭きます パジャマに着替えます	希望時拭きのタオルをお渡しします	希望時拭きのタオルをお渡します	退院後シャワー浴ができません 入浴については外来受診日に医師に相談してください
排泄		手術に行く前にトイレを済ませてください	手術中にお小水の管が入ります	お小水の管を抜きます 初めてトイレに行くときは看護師を呼んでください			
安静度	病院内自由です		ベッド上安静になります 	看護師がお手伝いし、歩く練習をします。その後は特に制限はありません			
食事 特別な栄養管理 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	21時まで食べられます その後、食事はとれませんが水分の制限はありません 	7時まで飲水できます（手術の時間によっては水分の許可時間が変更になることがあります）	食事、飲水はできません	朝から飲水できます 昼から食事ができます 			
説明 指導	貴金属類（指輪・ネックレスなど）お持ちにならないでください 午前中に麻酔科外来にて麻酔についての説明があります 看護師が手術前後の指導をいたします		手術後はご家族へ手術結果の説明があります	面会は所定の時間に可能です（14時～20時）			退院療養計画書・再診の予約表をお渡します ご確認ください
その他	手術に必要なものを確認します <input type="checkbox"/> T字帯 または <input type="checkbox"/> 大人用オムツ <input type="checkbox"/> バストバンド <input type="checkbox"/> トライボール	ご家族は手術が始まる30分前までにはいらしてください 手術中は院内で待機していただきます	手術後は集中治療室の入室になります (着替え・ティッシュ・歯磨き・義歯以外の物は一旦持ち帰りください) 面会はご家族のみ可能です	一般病室へ移動します	〈退院後について〉 ・家事や身の回りのことから徐々に始めてください ・通勤通学については医師と相談してください ・ 喫煙は厳禁 です 飲酒については特に規制はありませんが多量飲酒は控えてください ・絆創膏がはがれた場合は市販の絆創膏に貼り替えてください ・傷口が出血したり腫んだりした場合は、電話で外来へ連絡してください（時間外は救急外来で対応いたします）		
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。