






ID:

## 様 入院診療計画書 病名/症状 (虫垂炎 /

) 虫垂切除の手術を受けられる方へ

|                            | 手術前( / )  | 手術後  | 術後1日目<br>( / )  | 術後2日目<br>( / )             | 手術後3日目<br>退院日( / )  |
|----------------------------|---|--|---|----------------------------|---|
| 検査                         | 手術後に着替えます<br>              | 酸素マスク・心電図・血圧計がつけます   | 採血<br>                       |                            | 午前中に、退院の予定です<br> |
| 処置                         | 必要に応じて剃毛をします<br>           |  | 創部の状態に応じてつけかえがあります  |                            |   |
| 薬<br>注射                    | 状況に応じ薬剤師がご説明に伺います<br>      | 手術後、翌日まで点滴をします<br>                   |   |                            |   |
| 食 事                        | 月 日 時より絶食<br>月 日 時より絶飲<br> |  | 朝より水分開始、<br>昼より食事開始になります<br> |                            |   |
| 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無 (どちらかに○) |   |  |   |                            |   |
| 疼 痛                        |   | 痛みがある時は痛み止めを使います<br>                | —————▶  |                            |   |
| 清 潔                        | シャワーできます<br>               |  | タオルで体を拭きます  | 防水テープに交換後、シャワー浴ができます       |   |
| 活 動                        | 病院内は自由  | ベッド上安静ですが<br>体を横に向けたりすることはできます<br> | 尿の管を抜いた後、歩けます   |                            |   |
| 休 息                        |   |  |   |                            |   |
| 排 泄                        |   | 手術中に尿の管を入れます<br>                   | 朝、尿の管を抜きます  |                            |   |
| リハビリ                       | リハビリが必要な場合は別途「総合実施計画書」を作成し、ご説明の上リハビリを開始します  |  |   |                            |   |
| 総合的な<br>機能評価               | 65歳以上、又は特定疾病を有する40歳から65歳未満の方は総合的な機能評価を行います  |  |   |                            |   |
| 看護計画                       | 担当看護師が看護の計画についてご説明いたします   |  |   |                            |   |
| 説 明                        | 看護師より入院中のスケジュールについて<br>説明があります  | 主治医より手術の結果について説明があります<br>         |                            | 看護師より退院後の生活について<br>説明があります |   |
| そ の 他                      | 診断書が必要な方は、診断書窓口へ依頼して下さい   |  |   |                            |   |

この予定表は、患者さんの状態に応じて変わることがあります。  
何かご質問があれば看護師にお尋ねください。

主治医 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
看護師 \_\_\_\_\_ 年 月 日

管理栄養士 \_\_\_\_\_  
セラピスト \_\_\_\_\_

患者署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄) 年 月 日

薬剤師 \_\_\_\_\_