

## 鼠径ヘルニア修復術(脊椎麻酔)パス 入院診療計画書

|        |         |                                                       |                                          |
|--------|---------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 患者 I D | 主治医     | 病 名                                                   | 説 明 日                                    |
| 患者氏名   | ( ) 担当医 | 管理栄養士                                                 | 症 状 <input type="checkbox"/> 事前検査による異常所見 |
| 生年月日   | ( ) 看護師 | 特別な栄養管理の必要性                                           | <input type="checkbox"/> 患部の自覚症状         |
| 病棟(病室) | 薬剤師     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ( 鼠径部膨隆・疼痛・ )                            |

| 月 日                    |                                                                                                          | 入院日・ 前日                                                                                                                         | 手術前                                                                                  |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者目標 不安なく手術を受けることができる  |                                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                      |
| 治療<br>処置<br>注射<br>(内服) | 現在使用している薬をすべて確認します(現在中止している薬も含む)<br>入院中に使用する薬について説明します<br>アレルギーの有無等を確認します<br>手術前日の21時に下剤を内服します           | 朝の薬は 時 分 に( )を<br>少量の水で内服します<br>午前中から点滴をします                                                                                     |   |
| 検 査                    | 必要に応じて行います                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                      |
| 食 事                    | 常食(必要に応じて治療食)です<br>手術前日夕食以降は、食事をとることはできません<br>手術前まで、水分(水・お茶のみ)は決められた時間と量で摂取することができます                     | 食事をとることはできません                                                                                                                   |                                                                                      |
| 排 泄                    | 制限はありません                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                      |
| 清 潔                    | シャワー浴ができます(必要な場合はお手伝いをします)                                                                               |                                                                                                                                 |  |
| 活 動<br>(安静度)           | 制限はありませんが、病棟を離れる際はスタッフに声をかけてください                                                                         | 病室内でお過ごしください<br>手術室へ歩いて移動します<br>状態によっては車椅子やベッドで移動します                                                                            |                                                                                      |
| 説 明<br>(指 導)           | 入院生活や手術について説明します<br>義歯・補聴器があるかを確認します<br>ネームバンドを装着します<br>手術室看護師の訪問があります<br>手術の際必要な物品を説明します 手術前までに用意してください | 手術開始予定時刻は 時 分です<br>手術着に着替え、弾性ストッキング(血栓を予防する靴下)を着用します<br>装身具(眼鏡・時計・義歯・指輪等)を外します<br>ご家族の方は病棟の食堂にてお待ちください<br>(離れる際はスタッフに声をかけてください) |                                                                                      |
| その他                    | 転倒転落・せん妄リスクが生じる場合は、適宜観察対応させていただきます                                                                       |                                                                                                                                 |                                                                                      |

上記の内容は状態によって変更する場合があります。変更の際は、その都度お伝えします。

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

外科パス:

# 鼠径ヘルニア修復術(脊椎麻酔)パス 入院診療計画書

患者氏名

患者 I D

| 月 日                    | 手術後                                                                                                         | 術後1日目                                                                                                                 | 退院日                                                                                                                          |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者目標                   | 手術後合併症を起こさない                                                                                                |                                                                                                                       | 日常生活に支障がない状態で退院を迎えることができる                                                                                                    |
| 治療<br>処置<br>注射<br>(内服) | 適宜体温や血圧を測ります<br>足にフットポンプを装着します<br>点滴をした状態で帰室します(続けて点滴します)                                                   | 点滴の針を抜きます<br>回診時、ガーゼの汚染が多い時は交換を行います(退院まで必要時行います)<br>再発予防として排便時の腹圧を避けるため、便の状態により下剤を内服することがあります                         | 退院時に処方がある場合は、薬剤師からお渡しします(不在の場合には看護師からお渡しする場合があります)<br><br>ネームバンドを外します<br>体温計を回収します                                           |
| 検 査                    | 必要に応じて行います                                                                                                  |                                                                                                                       | 退院後の過ごし方、次回外来について説明をします<br>次回の外来予約票と診察券をお渡しします<br><br>会計担当者が、お部屋へ伺います(開院日)<br>会計の説明を聞いてからの退院となります<br>状況によっては、多少お待ち頂く場合がございます |
| 食 事                    | 手術3時間後から水分(水・お茶のみ)を摂取することができます(その際はお知らせします)                                                                 | 常食(必要に応じて治療食)が開始となります                                                                                                 |                                                                                                                              |
| 排 泄                    | 尿の管が入っています<br>排便はベッド上で便器を使用します                                                                              | 尿の管を抜きます<br>尿の管を抜いた後は制限はありません                                                                                         |                                                                                                                              |
| 清 潔                    | 翌朝まで手術着のままで観察していきます<br>消灯前にベッド上で、うがいと顔拭きを行います                                                               | タオルで体を拭くことができます<br>(必要な場合はお手伝いをします)                                                                                   |                                                                                                                              |
| 活 動<br>(安静度)           | 翌朝の回診まではベッド上で安静となります<br> | 回診後からは病棟内でお過ごしください<br>(初回歩行時は看護師が付き添いをします)<br>初回歩行後は、ふらつきなどがなければ1人で歩けます<br>歩行後、弾性ストッキング(血栓を予防する靴下)を脱ぎます 状態によって変更があります |                                                                                                                              |
| 説 明<br>(指導)            | 手術後に医師からご家族へ説明があります<br>麻酔の副作用(頭痛)予防のため、頭部を強く動かさないでください<br>痛みが強い時や、気持ちが悪い時など、異常を感じた時はすぐにお知らせください             | 階段昇降や腹部を圧迫する運動は避けてください                                                                                                |                                          |
| その他                    |                                                                                                             | 毎日回診があり、医師が手術部位の状態を確認します                                                                                              |                                                                                                                              |

外科パス: