

(病名: 大腸腺腫)

1900年1月0日

6階病棟

患者様ID












主治医以外の担当者名 :

患者様氏名

医師氏名: ㊦

病棟看護長:

管理栄養士:

| 項目 | 月日 | 1月0日 | | 1月1日 | | 1月2日 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|--|
| | | 入院前 | 入院日 | 手術当日(術前) | 手術当日(術後) | 退院日(10時) |
| 症状 | | 症状なし、または便潜血反応陽性 | | | 腹痛、出血、腹部膨満感 | |
| 達成目標 | | 検査内容を理解できる | 不安なく過ごせる | スムーズに検査ができる | 腹痛・術後出血を起こさない | 退院後の生活が理解できる |
| 治療・薬剤 (点滴・内服) 処置・手術 | | | 夜8時に下剤を飲みます  | ・10時ごろより下剤を飲みます。30分に500mlずつ、合計1500mlをゆっくりと飲みます。 ・腹痛、下血、吐き気、肛門痛などがありましたら、すぐに看護師にお知らせください ・糖尿病の薬を内服中の方は、飲まないでください ・検査前に検温し、点滴を行います ・検査できる状態になったら、着替えをし、車椅子で2F内視鏡室へ行きます。 | 経過がよければ点滴は1本で終了です。  | 朝、医師が診察します。 下血・腹痛など症状がなければ退院可能です お薬は通常通り服用してかまいません ただし、抗血小板薬や抗凝固剤を内服している方、出血が見られた方は、医師の指示に従ってください |
| 検査 | | 採血、尿検査、心電図、腹部・胸部レントゲン写真があります | 検査の予定はありません | | | |
| リハビリ | |  | 予定しているリハビリはありません | | | |
| 看護計画 | 活動・安静度 | 制限ありません | 排便を促すために歩行してください  | 腸の動きを活発にするため、歩ける方は病棟内を散歩してください  | 車椅子で検査から帰ってきた後、1時間はベッド上安静になります。その後検温で異常がなければ、歩行してトイレ・洗面可能です | |
| | 食事 | エニマクリン食を購入してください 入院する前の日までは制限ありません | 入院日の朝は消化のよいもの、昼はエニマクリン食を食べ、夕食分は入院時持参してください。食器はこちらで準備します。 | 朝から絶食になります。 水分(水・お茶)は摂ってもかまいません。 | 経過が良好であれば夕食からお食事ができます  | |
| | 清潔 | | 制限ありません | | 入浴・シャワー浴できません  | 帰宅後、短時間のシャワーは可能です |
| | 排泄 | | | 排便時は、便の形・色・回数を見るようにしましょう。 看護師にもお知らせください。検査できる状態か確認します | 腹部をマッサージし、おならを出すようにしましょう。 お尻から出血した時は、看護師が確認しますのでお知らせください  |  |
| 患者様及び御家族への説明 | <入院時忘れずにもってきましょう > ・書類一式 ・今まで内服しているお薬3日分 * 抗血小板薬は内服していませんか？ 内服している方は医師の指示に従ってください * 他の常用薬は内服を続けて下さい * わからないことがあったらクリニック、または病院へご連絡ください | | | | | ・退院前に栄養士から、食事に関する指導があります ・薬剤師よりお薬に関する説明があります  |
| 栄養指導 | | | | | | ・退院前に次回受診の予約票をお渡しします  |
| 服薬指導 | | | | | | |
| 特別な栄養管理の必要性 | | | 有 | | 無 | |
| 退院後療養上の留意点 退院後の治療計画 | | 退院後10日間は無理な運動やお腹に力が入る作業は控えてください。お酒や刺激の強い食べ物は控えてください。 異常がなければ、予約日に受診してください。便に血が混じっていたり、出血、腹痛が出現した場合は病院へ受診しましょう。 | | | | |
| 総合的な評価 ◇ | | (日常生活活動度) | | (認知機能) | | |

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。
上記入院診療計画書の説明を受けました。

あおもり協立病院

年 月 日 ご署名

(本人 ・ 家族)

青森市東大野2丁目1番地10

〒030-0847