

～腹腔鏡下胆嚢摘出術入院治療計画書～

様 病名

医師

看護師

説明日

年 月 日

月/日	入院日～手術前日まで	手術前日	(前) 手術当日 (後)	1日目	2日目	3日目	4日目
治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> 手術までに、術前・術後の注射や点滴、その他の治療について説明いたします。 腕にネームバンドをつけます。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前日にシャワーに入ってください。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術着に着替えます。 ストッキングを履いて下さい 	<ul style="list-style-type: none"> 手術の後、全身状態の観察を行うため、血圧・体温などを測定します。 	<ul style="list-style-type: none"> お腹に入っている管を抜いて消毒しガーゼを交換します。手術の傷跡の状態に合わせて、ガーゼもしくは保護スプレーを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 回診でお腹を診ます 	
点滴・薬検査	<ul style="list-style-type: none"> 今まで飲まれていたお薬があれば提出して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 15時に水薬の下剤を飲んでもらいます。 お休み前に下剤、眠剤を飲んでもらいます。 	<ul style="list-style-type: none"> 9時から点滴を開始します。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴を行います。 手術開始時と6時間後に抗生物質の点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝食後から飲み薬を飲んでもらいます。(/ まで) 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。() 夕食後から絶食です 		<ul style="list-style-type: none"> ()時から絶食です。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後3時間より水分可となります。 午前中手術の方は夕食から全粥食が開始となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 午後手術の方は明朝から食事が開始となります。 		
活動	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 			<ul style="list-style-type: none"> 手術の後はベットの上で安静にしてください。(6時間後歩いて頂けますが初回は看護師と一緒に歩いてみます。) 	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワーに入ってください。 お臍をきれいにします。 			<ul style="list-style-type: none"> 体を拭きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 2日目からシャワーができます。 		
排泄				<ul style="list-style-type: none"> 麻酔導入後に尿の管を入れます。手術後6時間に管を抜きます。 			
説明	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活、病棟の構造、検査・手術の説明等を行ないます。 病衣の貸し出しが必要なときは、貸し出し用紙に記入して看護師にお渡し下さい。 入院誓約書を提出していただきます。 医師から手術の説明があります。 		<ul style="list-style-type: none"> 医師から手術の結果の説明があります。 麻酔医からの説明があります 痛みは我慢せずにお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師より服用している内服の説明を行います。 手術後4日目に退院となります。退院が近づきましたら退院後に気をつけたいことや、外来通院の説明を行います。 			
<p>医療費概算・・・一般3割負担 約16万円(食事代を含む) 前期後期高齢者3割負担:約11万円(食事代を含む) 前期後期高齢者1割負担:約5万円(食事代を含む)</p>							
<p>総合的な機能評価 状況により予定を変更する場合があります。ご不明な点ございましたら、ご遠慮なくスタッフまでお尋ね下さい。</p>							

* 但し、手術における使用器材等によっても費用が大幅に変わることもございますので予めご了承下さい。

患者氏名

同席者氏名