

別紙 入院診療計画書

(気胸) 肺の手術を受けられる方へ _____ 様

医師 _____ 看護師 _____

経過	手術2日前	手術前日	手術当日 (手術前)	手術当日 (手術後)
日時	／	／	／	／
目標	手術についての不安や疑問点があれば質問することができる		落ち着いて手術に臨むことができる	痛みや吐き気などがあれば看護師に知らせることができる
治療	手術前から退院まで1日3回の吸入をします 	就寝時に下剤・眠剤を飲んで下さい 	指示があれば7時に内服薬を少量の水で飲んで下さい 点滴の針を留置します (必要に応じて点滴があります) 手術予定の10分前に手術室に行きます	体に管やモニターをつけています 【口】酸素マスク 【胸】心電図モニター 【手首】点滴、血圧をみる管
処置				
検査				採血、レントゲン検査があります 胸に心電図モニター、手首に血圧モニターをつけます
安静度	病院内は自由です		車椅子で手術室に入ります	ベッド上安静です 寝返りはできません
食事	普通食です 	食事は()時までです 夕食後から水分・電解質補給のための飲料を飲んでいただきます(詳細は別紙を参照してください)	絶食です 飲水は()時まで可能です	
清潔	制限はありません 	入浴をします 爪を切ってください	入浴はできません 起床後洗顔(髭剃り)、歯みがきをして下さい	
排泄	制限はありません			手術中に尿の管が入ります 便は、ベッドの上で紙おむつ又は、便器排泄になります
説明指導	手術、麻酔の同意書を提出して下さい 手術に必要な物品の確認をします ICU見学ができます		手術室へ行く前に、義歯・コンタクト・眼鏡・貴金属等は外して下さい 血栓予防のストッキングをはいて下さい 医師が手術用ネームバンドをつけます 手術室からの連絡は病棟にありますので、ご家族の方は指定の場所でお待ちください	手術後はICU入室か個室です 

別紙 入院診療計画書

(気胸) 肺の手術を受けられる方へ _____ 様
 _____ 医師 _____ 看護師

経過	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目	手術後5日目
日時	/	/	/	/	/
目標	痛みや吐き気があれば知らせることができる 痛みをコントロールしながら活動することができる		創部に異常がない 痛みをコントロールしながらトイレ歩行することができる		病院内を歩くことができる
治療	酸素吸入がマスクから鼻用に変更となり、酸素吸入の量も減らしていきます	背中に入っている痛み止めの管を抜きます			
点滴	背中に痛み止めの管が入っています 胸に管が入っています 傷のガーゼ交換があります				
内服	点滴が継続します				
	吸入があります				
処置		背中に入っている麻酔の管が抜けた後、尿管を抜きます			
検査	採血とレントゲン検査があります 心電図モニターと血圧モニターをつけています	採血があります 心電図モニターと血圧モニターが取れます			
安静度	ベッド上で座ってもよいです	看護師と一緒にベッドサイドで立つ練習をします 室内は自由です		病棟内は自由です	
食事	許可が出れば、朝から水分が摂れます 昼から5分粥が出ます 夕から全粥軟菜です	昼から普通食が出ます			
清潔	体を拭きます 	ご希望に合わせて体拭きや、洗髪をします			
排泄	尿管が入っています 排便はオムツ又は便器でします	尿管が抜ければ、室内トイレが使用できます	胸の管が入っている間は尿量を測って下さい		
説明指導		移動時の胸の管の取扱いについて説明します			

別紙 入院診療計画書

(気胸) 肺の手術を受けられる方へ _____ 様

医師 _____

看護師 _____

経過	手術後 6 日目	手術後 7 日目
日時	/	/
目標	病院内を歩くことができる	退院後の生活について理解できる
治療	胸の管は通常 1 週間以内に抜けます 胸の管が抜けた後は数日ガーゼ保護となります	胸の管が抜けた後経過をみて退院となります
点滴		抜糸は外来で行います
内服		
処置		
検査	必要時、採血、レントゲン検査があります	
安静度	胸の管が入っている間は、病棟以外へ出る時は看護師の付き添いが必要です (レントゲン検査など) 胸の管が抜けた日は病棟内であれば歩行できます 翌日からは病院内を歩行できます	
食事	普通食です 病院食で変更を希望される場合は看護師に申し出て下さい (お粥希望など)	
清潔	管が抜けて医師の許可があればシャワー浴ができます	
排泄		
説明	退院後の注意点について「肺の手術を受けられた方へ」のパンフレットを用いて説明します	医師の許可があれば退院できます
指導	問題なければ管が抜けた翌日に退院となります	

* 病状によって医師より安静度、清潔、退院日など変更される場合があります

* わからないことがありましたら、その都度看護師にお聞き下さい。

以上につき _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医から説明を受けました。

患者署名： _____

代理人： _____

(続柄 _____)