
























大腸手術標準入院診療計画書

患者氏名:

様

病名:

経過	7月17日	7月18日	手術当日		7月20日	7月21日	7月22日
	入院	手術1日前	手術前	手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目
目標	手術を受ける準備ができる						
食事	昼からエレンタールゼリー2個ずつ摂取します	エレンタールゼリー2個ずつ摂取、夕食後就寝までにスポーツドリンク500ml摂取します	絶食 	手術室から帰室3時間後から水分摂取できます (: ~水分摂取可)	医師の診察後 昼からエレンタールゼリー1個ずつ摂取します	エレンタールゼリー1個/食 (朝・昼・夕)	お粥が食べられます 
処方		腸内細菌を減らすためのお薬を飲みます(朝・夕) 	指示ある場合のみ持参薬を内服します		昼から便をやわらかくする薬、腸の動きをよくする薬を飲みます 		
点滴・注射			朝から点滴をします	持続点滴 	持続点滴		
処置		除毛、へそ処置をおこないます 	手術30分前までに手術着、ネオホルダー、弾性ストッキングに着替えます (時 分)ころ徒歩で手術室へ向かいます	心電図等でモニター、酸素投与、肺塞栓予防の機械を足につけます 術後肺炎予防のため吸入を行います	医師の診察後心電図モニター等はずします 術後肺炎予防のため吸入を行います		おなかに管が入っていれば抜きます
検査					7時頃採血、9時頃レントゲンがあります 	  採血があります	
安静度	病院内自由です			ベッド上安静 	医師の診察後病棟内歩行可です 看護師が付き添い歩行状態を確認します	 術後合併症予防のために積極的に歩いてください	
リハビリ		手術前の身体機能の確認と手術後のリハビリの説明をします (理学療法士)				離床訓練開始します(理学療法士、作業療法士)→	
清潔	入浴可です 				体拭きをします 	体拭きをします 洗髪が可能です	状態によってはシャワーが可能です
排泄	トイレ			尿道カテーテル留置中	歩行できれば尿道カテーテルを抜きます	トイレ	
説明・指導	治療・手術内容についての説明があります 入院費用について説明があります 手術必要物品の確認をします	手術同意書の提出をお願いします  麻酔科医の訪問があります	手術室看護師が訪問します 		内服薬について説明します(薬剤師)	食事摂取時の注意点について説明します	

7月23日	7月24日	7月25日	7月26日	7月27日	7月28日	7月29日	7月30日	7月31日	8月1日	8月2日	8月3日	8月4日		
術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目	術後9日目	術後10日目	術後11日目	術後12日目	術後13日目	術後14日目	術後15日目	術後16日目		
食事が半分以上摂取できる				退院後の生活を理解できる										
	状態によっては米飯摂取可能です													
														
傷口の金具をはずします			残りの糸を全部抜きます 身長・体重測定をします											
				採血があります										
術後合併症予防のために積極的に歩いてください														
<div data-bbox="1612 901 2150 1077" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;"> 予定通りに経過した場合の入院費用 窓口負担額3割の方:約40万円 窓口負担額1割の方:約 7万円 です。 </div>														
				状態によっては入浴が可能です										
						問題なければ退院可能です								
			栄養指導があります(管理栄養士)			退院後の生活の注意点の説明をします						病理検査結果について説明します 今後の治療方針について説明します		



説明者 医師: _____
 説明者 看護師: _____

説明日 年 月 日サイン(本人・家族) _____