

腹腔鏡下ヘルニア根治術を受けられる方へ

手術は 時 分の予定です 所要時間 時間予定

病棟 _____
 主治医 _____
 主治医以外の担当者 _____
 看護師 _____
 () _____

様
 病名 : _____
 症状 : _____

暦日	/	/	/	/
経過	入院日	手術当日	手術後	1日目(退院予定日)
目標	<ul style="list-style-type: none"> 不安や疑問点をスタッフに伝え解消できる 落ち着いた気持ちで手術を受ける事ができる 		<ul style="list-style-type: none"> 手術を終え、安静に身体を休めることができる 	<ul style="list-style-type: none"> 退院の不安を解消し退院することができる 痛み止めを使用し、痛みのコントロールができる
注射		<ul style="list-style-type: none"> 点滴は手術室で開始します 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴が2本あります口 	
内服	<ul style="list-style-type: none"> 寝る前に下剤を飲みます 	<ul style="list-style-type: none"> 必要時常用薬を医師の口指示によって内服します 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後に内服するお薬をお渡しします口 常用薬を再開します 
検査	<ul style="list-style-type: none"> 必要時採血を行います 			
処置	<ul style="list-style-type: none"> お臍の処置を行います 	<ul style="list-style-type: none"> 浣腸を行います(8時ごろ) 弾性ストッキングを履きます 	<ul style="list-style-type: none"> 酸素吸入を医師の指示まで行います 心電図モニターを装着します 麻酔がさめるまで1時間毎に検温します。それ以後は状態に合わせて行います 手術後は膀胱に管(膀胱留置カテーテル)が入っています *手術が午前の場合は夕方に尿膀胱留置カテーテルを抜きます 	<ul style="list-style-type: none"> 創部の観察をします 膀胱留置カテーテルを抜きます 弾性ストッキングを外します
安静度	<ul style="list-style-type: none"> 安静度の制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 手術室へは歩いて移動します 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドを30度上げた状態で翌日まで過ごします(横向きは可能です) *手術が午前の場合は夕方から歩行できます 	<ul style="list-style-type: none"> 安静度の制限はありません 
食事	<ul style="list-style-type: none"> 普通食 21時から絶食です 	<ul style="list-style-type: none"> 絶食 術前補水食を麻酔科医の指示した時間に飲んでください 飲水は麻酔科医の指示に従ってください 	<ul style="list-style-type: none"> 術後は絶飲食です *手術が午前中の場合は夕食より口食事ができます 	<ul style="list-style-type: none"> 普通食 
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 入浴できます 			<ul style="list-style-type: none"> おしぼりで体を拭きます 
その他説明	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔科医から説明があります 手術に関する承諾書をお預かりします 特別な栄養管理の有無(無) 	<ul style="list-style-type: none"> アクセサリ類・入れ歯・コンタクト・ヘアピン・腕時計など外してください 手術時間が前後することがあります。その都度お知らせします。 南館6階の手術室へ、手術室の看護師とともに歩いて行きます。ご家族は病室・談話室でお待ち下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ~ご家族の方へ~ 手術所要時間の変更があればお知らせします。病棟を離れる際はお知らせください。 帰室時は処置後に面会可能となりますのでお知らせします。 医師から手術の結果について説明があります ~ご本人へ~ 痛みは我慢せずお知らせください 	<ul style="list-style-type: none"> 退院の説明を行います(食事や日常生活について)退院後の生活についてわからないことや不明な点がありましたら遠慮なくお聞きください。 精算は午前中にできますので、申し訳ございませんがしばらくお待ち下さい。 退院時間はご家族と相談の上、午前中にお願います。 

注1) 病状の経過により治療内容が変わる場合があります。
 ご不明な点がございましたら医師・看護師にお尋ねください。
 ※特別な栄養管理とは、身体状態や検査データを基に栄養管理を行うことです。
 上記、説明を受け承諾致しました。

患者(ご家族)様署名 _____