

そけいヘルニア根治術 で入院される患者様へ



手術日時 月 日 時～

病状に応じて変更になる場合があります。ご不明な点は、遠慮なくスタッフにお尋ね下さい。

	入院日～手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	術後1日目	術後2日目(退院可)
目標	手術について理解し同意している	手術前の準備が整っている		出血、感染がない	
検査					
治療・処置	身長・体重を測定します。臍をきれいにさせていただきます。	早朝に浣腸があります。手術着に着替えていただきます。血栓予防の為にストッキングを履いてもらいます。義歯・装飾品は外してください。		回診の時にガーゼ交換をします。	回診があります。
食事・栄養	21時以降は絶食です。	手術6時間前より飲水もできません。	帰室後より飲水はできます。夕食より食事再開です。		
点滴・注射		()時より点滴を始めます。抗生剤を点滴します。	24時間点滴をします。抗生剤を点滴します。	10時点滴終了します。	
薬	飲んでいる薬があれば看護師にお知らせください。				
清潔	シャワー可です	身体を拭きます。ひげそりを行います。		身体を拭いたり、髪を洗ったりできます。	フィルム貼りシャワー可
排泄		点滴前に排尿をすませておいて下さい。便の性状を観察するので流さず教えて下さい。	尿が出るか確認をします。尿が出なければ管で採尿をします。		
安静度	制限はありません。	手術の時間まで点滴台を持ち歩くことができます。	ベッド上で安静です。麻酔が切れたら歩行できます。	病棟内の歩行はできます。	病棟内の歩行はできます。
看護コメント			痛みがあればお知らせください。	痛みがあればお知らせください。	
文書	・入院診療計画書をお渡します ・手術同意書を確認します		手術の後担当医より説明があります。		・退院証明書・退院療養計画書をお渡します
説明	・手術同意書に署名されましたら看護師にお渡し下さい				・次回の外来診察日をお知らせします

主治医 _____
 担当看護師 _____

以上について同意しました。

年 月 日

患者名 _____