

# 硬化療法(全身麻酔)を受けられる(

# )さんへ

主治医: 担当医: 受持看護師:

ST00016696

月日(日時)	/		/		/	
経過(病日等)	入院日/手術前日	手術当日(前)	手術当日(後)	手術後1日目	手術後2日目(退院日)	
達成目標	◇身体的・精神的に手術の準備が整う ◇不安なく治療の受け入れができる ◇治療の説明が理解できる		◇傷口の安静を保つことができる ◇出血がない			
治療・薬剤 (点滴・内)	お薬(入院期間分)とお薬手帳を持参してください  いつも飲んでいる薬に変更があれば、お知らせ下さい		当日は許可された薬のみ内服して下さい 点滴があります		診察があります	
処置						
検査	検査の予定はありません					
活動・安静	制限はありません		手術時間 ( )時～ ( )時間予定		制限はありません	
安全	ナースコール・ベッド柵(2箇所)を設置 運動靴の使用をお願いします		ナースコール・ベット柵を設置			
食事	( )時～絶食です ( )時～水分も禁止です		絶食です 水分も禁止です		お腹が動き始めるまで絶飲食です ( )時間後より水分と食事摂取可能になります その後問題なければ夕食から摂取できます	
清潔	入浴・洗髪が可能です 浴室は自分で予約が必要です (予約記入版は浴室扉にあります)		点滴前に手術用の寝巻きに着替えます		傷の状態を見て全身シャワーができます 口の中を治療された方は、歯磨きはできません イソジンうがい液をお渡しします	
排泄			尿の状態をみます 術後の安静中に、トイレに行きたくなったら ナースコールでお知らせください (安静中はベット上で排泄)		尿の状態をみます(朝・夕)	
患者様及びご家族への説明 生活指導 リハビリ 栄養指導 服薬指導	手術の説明の後、同意書にサイン・押印を頂きます 印鑑を持参して下さい 麻酔科医師が説明にきます 手術室看護師の術前訪問があります 病棟の案内をします 手術までの流れについて分からない点を説明します 別にパンフレットをお渡しします (手術のために用意するもの) テッシュ1箱、ストロー付きコップ  ご家族も来院して下さい 同意書へご家族1名のサインが必要です		眼鏡・入れ歯・アクセサリ・コンタクトなどははずし、化粧・マニキュアは落としてください  ご家族どなたか1名ご来院ください  手術中、家族の方は病棟内もしくは家族控え室で待機してください 離れる時は、必ず看護師へお声かけ下さい		痛みがある場合、我慢せずにお知らせ下さい  手術終了後、面会ができます 手術結果の説明があります	

\* 入院期間については現時点で予想される期間です。