

ラリngoマイクロ術を受けられる( )さんへ

| 入院時に持参して下さい                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 説明日( / ) 説明者氏名( )                                                                                                           |                                                                                                                                                 | STA1000031                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 月日(日時)                                       | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                                                                                                                           | /                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                             |
| 経過(病日等)                                      | 入院(手術前日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 手術当日(手術前)                                                                                                                   | 手術当日(手術後)                                                                                                                                       | 手術後1日目                                                                                                                                                                                                      |
| 達成目標                                         | ◇手術の必要性を理解し、手術に同意している<br>◇手術前の準備が整う                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div></div> <div></div>                                                                                                     | ◇疼痛コントロールができています<br>◇呼吸状態が安定している<br>◇深部静脈血栓塞栓症状を起こさない<br>◇術後合併症を起こさない                                                                           | 【退院基準】<br>◇疼痛コントロールができています<br>◇呼吸状態が安定している<br>◇発熱がない<br>◇術後合併症を起こさない                                                                                                                                        |
| 治療・薬剤<br>(点滴・内服)                             | 持参薬がある方はお預かりします<br>                                                                                                                                                                                                              | 当日は許可されたお薬のみ内服します<br><br>点滴があります<br>手術用の寝巻きに着替えます<br><br>血栓防止のために弾力ストッキング/弾力包帯を着用します                                        | 抗生剤・止血の点滴があります<br><br><br>酸素マスクをしています<br><br>術後、炎症予防の吸入があります |                                                                                                                                                                                                             |
| 処置                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| 検査                                           | 術前検査(採血・レントゲン・心電図・肺機能検査)があります<br><br>身長・体重を測定します<br>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| 活動・安静度                                       | 制限はありません                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 手術時間は( : )～で( )時間予定です<br><br>歩いて手術室まで行きます<br>(歩いて行くことに不安がある場合は遠慮無く仰って下さい)                                                   | ( )時間ベッド上安静です<br>その後トイレ歩行できます<br>                            | 安静に制限はありません<br>                                                                                                          |
| 安全                                           | 転倒防止のため運動靴の使用をお勧めします<br><br>ナースコール・ベッド柵を設置します                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             | 最初のトイレ歩行時は看護師が付き添います                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                             |
| 食事                                           | 通常の食事があります<br><br>( / : )～絶食です<br>( / : )～水分も禁止です<br>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                             | ( )時間後より水分・食事が摂取できます<br>全粥からの開始になります<br>                   |                                                                                                                                                                                                             |
| 清潔                                           | 必ず入浴またはシャワー浴をお願いします<br>浴室は自分で予約が可能です<br><br><br>(予約記入板はナースステーションにあります)                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                                                                                                                 | 退院後の入浴に制限はありません<br>                                                                                                    |
| 排泄                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             | 術後、ベッド上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<br>(安静中はベッド上で行います)                                                                                      |                                                                                                                                                                                                             |
| 患者様及びご家族への説明<br>生活指導<br>リハビリ<br>栄養指導<br>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<br>印鑑を持参してください<br><br>病棟の案内をします<br>手術までの流れについてわからない点について説明します<br><br>薬剤師によるお薬の確認があります<br>(お薬を持参してください)<br><br><br>医師から手術についての説明があります<br>ご家族も来院してください<br>同意書へご家族1名のサインが必要です<br><br>麻酔科医師・手術室看護師の訪問があります | 眼鏡・アクセサリー・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<br><br>ご家族どなたか1名ご来院下さい<br><br>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下さい<br>離れる場合は必ず看護師へお声かけください | 口の中からの出血がありましたら、看護師にお知らせください<br><br><div>痛みがある場合、我慢せずにお知らせ下さい</div><br><br>手術終了後、面会ができます<br>手術結果の説明があります                                        | 退院診察があります<br><br>次回の外来診察日をお知らせします<br><br>必要時、薬剤師より退院処方の説明があります<br><br><div>退院後、口の中から出血したり、痛みが強くなった場合はご連絡ください</div><br> |

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

久留米大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 西棟8階病棟

2023.7月 改訂