







<<OREVF\_A>> 患者氏名： <<ORIBP\_KANJI>> 様

病名：

症状：

<<DYTODAY>>

月日		/		#VALUE!	#VALUE! ~ #VALUE!	#VALUE! ~ #VALUE!	1日の流れ
経過		分娩後2時間まで	分娩後6時間後より	産後1日目	2~4日目	5~6日目(以降退院)	
達成目標		• 縫合部の痛みが自制内である	→	• 縫合部の痛みが自制内である • 行動範囲が拡大できる(歩行)	• 授乳やおむつ交換を 助言を受けながらできる	• 赤ちゃんの観察や 沐浴方法を理解できる • 乳房・乳頭の状態を 自己管理できる • 退院後の生活に不安がない	6時- オッパイチェック  7時-授乳  8時-朝食  10時-授乳 検温、血圧測定 オッパイチェック
治療計画	点滴	• 出血の状況に応じて点滴を 終了します 					11時-沐浴指導 (火or金曜日) 12時-昼食  13時-授乳  14時-検温 産後の消毒  16時-授乳  17時-検温 オッパイチェック  18時-夕食  19時-授乳  22時-授乳 消灯  1時-授乳  4時-授乳
	内服						
処置		• 診察、パットを交換します	• 初回歩行で問題なければ、 授乳(直母)を行います	• 退院まで毎日、乳房チェックと 検温を1日3回、 血圧測定を1日1回行います	• 自分の体重を測って下さい (授乳表の余白に記入して下さい) • 退院までの間に、 一度フットバスを行います 	→  • 退院時の診察があります	
検査				• 採血があります 			
活動 安静度		• 分娩後出血の観察の為、 分娩台にて安静にします • その後、状態を確認し帰室します	• 最初のトイレ歩行後、 気分が悪くなければ 自由に歩行できます	• 体が疲れない程度に 動いてもかまいません	→	→	
食事		• 普通食です	→	→	→	→	
清潔		• 分娩後体を拭き、寝衣へ 着替えます	• 初回歩行後、陰部を 消毒液で洗浄します	• シャワー浴が出来ます • 処置室にて、陰部を消毒液で 洗浄します(午後1回、4日目まで)			
排泄		• 排尿して帰室します	• ( ) 頃から トイレまで助産師の 付き添いのもと歩きます • 尿がでない時は管で出します		• 排便のない方は、助産師へ声を かけて下さい	→	
教育 指導 説明	赤ちゃん	• 分娩後より24時間は新生児室で 赤ちゃんを預かります • 希望があれば分娩直後より 同室できます	• 直母をして、ミルクを飲ませます • 体重の減少具合により ミルクを足すこともあります • これより、3時間おきに 授乳を行います 	• 毎日沐浴(午前中)を行います • ( ) 時より 母児同室が始まります • ビタミンK2シロップを 飲ませます(出血予防の薬)	• 沐浴の時に黄疸の 採血があります	• 沐浴時に、先天代謝異常の 採血をします • ビタミンK2シロップを 飲ませます	
	お母さん	※お母さんの1日は大変です。休める時に体を休めましょう		観察すること (お母さん) 傷の痛み、後陣痛、オロの量・色、血のかたまり、 尿意・排尿の観察、排便・排ガスの状態、 乳房のはり・分泌・しこり・痛み、手足のむくみ (赤ちゃん) 黄疸、皮膚の色、哺乳状態、 へその状態(落ちたかどうか)、 おむつかぶれ、便・尿の回数、便の性状 		• 退院後検診について 説明します • 母子健康手帳、出生届を お渡します	
特別な栄養管理の 必要性		<input type="checkbox"/> 有 栄養状態に合わせた栄養管理を行います <input type="checkbox"/> 無					※処置、指導などは 時間が多少ずれる ことがあります ※分からない点が ありましたら、 お気軽に声を かけて下さい

◎入院中に沐浴の仕方と退院後の生活についてお話があります。( )さんの沐浴指導は( / )、  
退院指導は( / : 頃)です。退院までに沐浴を体験したい方は、助産師へ声をかけてください。  
◎出産後から退院までの間に祝い膳が出ます。あなたの祝い膳の日は( / )です。

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行くに  
したがって、変わり得るものです。  
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 産婦人科 主治医： <<ORDCT\_S\_A>> ⑩ 担当医： <<ORDCT\_T\_A>> 看護師： <<ORDCT\_N\_A>> ⑩  
上記について説明を受けました。 平成 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ ⑩ (印鑑がない場合は自署)

親族氏名： \_\_\_\_\_ ⑩ (患者本人が未成年または親族の同意が必要な場合に記入)

