





病名：

症状：

術式：皮下腫瘍切除術

<<DYTODAY>>

月日 / 経過		#VALUE!		#VALUE!
入院（手術前日）		手術当日（術前）	手術当日（術後）	術後1日目（退院）
達成目標	・手術に関する心身の準備ができる	・痛みコントロールができる		→
治療計画	点滴			
	内服	・服用中の薬をお知らせ下さい ・医師の指示のある薬のみ内服して下さい	・痛みがあればお知らせ下さい 痛み止めを使用します	・手術後1日目より内服薬が始まります 
処置				・創の観察をします
検査				
活動安静度	・自由に行動できます	・手術室へは、歩行または車椅子で行きます	・制限はありません（手術が下肢の場合は、トイレ歩行以外ベッド上で過ごして下さい）	→
食事		・（ ）時から水を飲むことが出来ません ・食事朝（可・不可）、昼（可・不可） 	・許可があるまで食べたり飲んだりできません	・食べることができます 
清潔	・シャワー浴が出来ます			・体を拭くことが出来ます
排泄	・制限はありません	・手術前にトイレを済ませて下さい		・制限はありません
教育指導説明	・医師が手術の説明をします（手術承諾書を提出して下さい） ・看護師が手術前後の説明をします ・手術に必要な物品を準備します	・手術室でPHSが手渡されます ・ご家族の方はPHSの電波が届くところに待機して下さい	・手術後、手術内容の説明があります 	・退院前に次回外来受診日を決めます
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			

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。



2012年5月作成  
2014年10月改訂

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 形成外科 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）