




# 入院診療計画書：光線療法パス

<<OREVF\_A>> 患者氏名：<<ORIBP\_KANJI>> 様 病名：先天性母斑症 外傷性刺青 症状：色素沈着

<<DYTODAY>>

月日	/	#VALUE!		#VALUE!
経過	入院（手術前日）	手術当日（術前）	手術当日（術後）	退院
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>38.5℃以上の発熱がない</li> <li>今後の治療方針を理解している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>38.5℃以上の発熱がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みがコントロールできている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みがコントロールできている</li> <li>機嫌がよくなる</li> </ul>
治療計画	点滴	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定はありません</li> </ul>	→	→
	内服	<ul style="list-style-type: none"> <li>服用中の薬を確認します</li> </ul> 	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みがあればお知らせ下さい</li> <li>痛み止めを使用します</li> </ul>
処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定はありません</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療部位を冷やします</li> </ul> 	→
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定はありません</li> </ul>	→	→	→
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由に動くことができます</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後3時間はベッドで安静に過ごして下さい</li> <li>トイレには行くことができます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由に動くことができます</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>普段通り食べることが出来ます</li> <li>何時まで飲んだり食べたりできるかお知らせします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>何時まで飲んだり食べたりできるかお知らせします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後3時間後、おなかの動きがあれば水や食事をすることが出来ます</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワー浴ができます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術前までにシャワー浴ができます</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワー浴ができます</li> </ul> 
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿と便の回数を記録して下さい</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>トイレには行くことができます</li> </ul>	→
教育指導説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師が入院中の生活について説明します</li> <li>入院中はご家族に常時付き添っていただきます</li> <li>入院により行動が制限されストレスが生じます。最小限のおもちゃであれば持参しても構いませんが、周りのお子さんの迷惑にならない様をお願いします</li> <li>子供の行動は予想がつかず、ベッドからの飛び降りや転倒の危険があります。お家の方はなるべくお子さんから目を離さない様をお願いします</li> <li>目を離す時やそばを離れる時は必ずベッド柵を上げて下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室でPHSが手渡されます</li> <li>ご家族の方はPHSの電波が届くところに待機して下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、手術内容の説明があります</li> </ul>	<p>退院後の生活の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外出時には直射日光が当たらないように日焼け止めのクリームや治療部位のカバーをして下さい</li> <li>退院後は入浴ができます。治療した部分をこすらないように注意して下さい</li> </ul> <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>次回外来受診日をお知らせします</li> <li>不機嫌（痛み）が続いたり、赤みが続く時は、連絡の上受診して下さい</li> </ul>
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いくにしたがって変われるものです。

注2：入院期間については、現時点で予想されるものです。

2014年10月作成

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>> ④ 担当医：<<ORDCT\_T\_A>> 看護師：<<ORDCT\_N\_A>> ④

上記について説明を受けました。 平成 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ ④（印鑑がない場合は自署）

親族氏名： \_\_\_\_\_ ④（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）

