

下肢静脈瘤治療手術用(全身麻酔用)

入院治療計画表

患者様名

様

担当医

担当看護師

	入院時	手術当日		術後1日目	術後2日目
		手術前	手術後		退院日
日時	/	/	/	/	/
食事	<input type="checkbox"/> 入院後より食べられます。 <input type="checkbox"/> 飲んだり食べたりできません。	<input type="checkbox"/> 手術当日朝より手術まで食べたり飲んだりできません。	<input type="checkbox"/> 帰宅して1時間後から飲水、食事ができます	<input type="checkbox"/> 朝食から食べられます	
安静度	<input type="checkbox"/> 制限ありません 病院内自由です		<input type="checkbox"/> 手術後帰宅1時間後より排泄可能です。移動時ふらつきが起こる事もありますのでお知らせください。	<input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 病棟内自由です	<input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 病院内自由です。
内服	<input type="checkbox"/> お持ちのお薬の確認をさせていただきます <input type="checkbox"/> 一部中止の薬があります。()		<input type="checkbox"/> 手術後夕方より痛み止め、胃薬が始まります。 <input type="checkbox"/> お薬が再開になります		<input type="checkbox"/> 痛み止めはもって帰ります。 <input type="checkbox"/> 持参の薬は内服継続します。
処置検査	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定 <input type="checkbox"/> 手術部位の剃毛をします 	<input type="checkbox"/> 術前エコーあり <input type="checkbox"/> 術前エコーなし <input type="checkbox"/> 左手に点滴をします <input type="checkbox"/> __時頃手術室に歩行で行きます	<input type="checkbox"/> 点滴は手術当日の夕方の抗生剤が終了するまで持続して行います 	<input type="checkbox"/> 手術した足の消毒をします。 *出血や汚染時はご遠慮なくお伝え下さい。 <input type="checkbox"/> 術後1日目下肢エコー検査があります。(レーザー治療のみ)	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可能です			<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪ができます お手伝いしますのでご希望時は申し出て下さい	<input type="checkbox"/> 術後3日目からシャワー浴 <input type="checkbox"/> 術後7日目から入浴可能
その他	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキングの確認します。 <input type="checkbox"/> 手術承諾書を確認します。		<input type="checkbox"/> 手術後の説明があります	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキング着用します。	<input type="checkbox"/> 弾性ストッキング着用します。

* ご質問や不明な点がありましたら看護師に声をお掛け下さい。

2014.5改訂